

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapeut



Bc. Markéta Barešová

Bulimie a anorexie, psychiatrická záležitost, nebo genetická determinace?

Bulimia and anorexia, psychiatric affairs, or genetic determinations?

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Ing. Jaroslav Hubáček, Csc., DSc.

Praha 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 29. 4. 2020

Markéta Barešová

Poděkování:

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce, Ing. Jaroslavu Hubáčkovi, CSc., DSc., za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této práce.

Identifikační záznam:

BAREŠOVÁ, Markéta. *Bulimie a anorexie, psychiatrická záležitost, nebo genetická determinace?*. [*Bulimia and anorexia, psychiatric affairs, or genetic determinations?*]. Praha, 2020. 65 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce Ing. Jaroslav Hubáček, Csc., DSc.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, zejména anorexia nervosa a bulimia nervosa, a determinanty jejich vzniku.

V teoretické části je podán přehled jednotlivých poruch a jejich diagnostiky v rámci MKN-10 a DSM-5. Následuje popis ukazatelů nutričního stavu v souvislosti s poruchami, jejich anamnéza a fyzikální vyšetření. Detailněji jsou rozebírány příčiny poruch příjmu potravy a rizikové faktory jejich vzniku. Zmíněny jsou jednotlivé léčebné metody, včetně celkové úspěšnosti léčby a možnosti recidivy. Prostor je věnován také prevenci.

Praktická část zahrnuje průzkum realizovaný formou kvantitativního dotazníkového šetření, jehož cílem je získání přehledu o informovanosti a vzdělanosti neodborné veřejnosti z hlediska poruch příjmu potravy. Neodborná veřejnost je o základních aspektech poruch dobře informována, scházejí jí ovšem novější informace. Problematická je orientace neodborníků v rámci rozlišení komplikací a důsledků jednotlivých poruch.

klíčová slova: anorexia nervosa, bulimia nervosa, poruchy příjmu potravy, rizikové faktory, genetika, psychiatrie

ABSTRACT

Bachelor thesis is covering eating disorders and its root causes namely anorexia nervosa and bulimia nervosa.

Theoretical part describes those two disorders in details and their diagnostics within ICD-10 and DSM-5. Following is description of nutrition indicators related to disorders, its anamnesis and physical examination. The main causes of eating disorder are described in detail including the key risk factors. Thesis then highlights known treatment methods and its successful rate and points out possibility of relapse. Prevention is also covered as well. Practical part focuses on research realized via quantitative questionnaire method evaluating current level of knowledge of general population related to eating disorders and nutrition. Thesis points out the general public is aware and informed however lacking the latest data and findings. Research identified gap mainly in general public ability to navigate and understand compilation of disorder impact.

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, risk factors, genetics, psychiatry

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část.....	10
1. Definice poruch příjmu potravy a jejich diagnostika	10
1.1. Definice PPP	10
1.2. Diagnostika PPP	11
1.3. Anorexia nervosa	11
1.4. Bulimia nervosa.....	13
1.5. Srovnání AN a BN	14
1.6. Psychogenní přejídání.....	15
1.7. Atypické poruchy příjmu potravy	16
1.8. Orthorexia nervosa	17
2. Ukazatele nutričního stavu u PPP	17
2.1. Anamnéza	18
2.2. Fyzikální vyšetření.....	18
2.3. Iniciální diagnostické posouzení	18
3. Příčiny PPP	19
3.1. Rizikové faktory PPP.....	19
3.2. Modelové přístupy k etiologii PPP	20
3.3. Rizikové faktory biologické, demografické a psychosociální.....	21
3.4. Rizikové faktory genetické	25
4. Prevence PPP	26
4.1. Preventivní programy v České republice	27
5. Léčba poruch příjmu potravy.....	27
5.1. Léčba svépomocí.....	28
5.2. Mezioborová týmová spolupráce	28
5.3. Nutriční terapie	29
5.4. Psychoterapie	29
5.5. Psychofarmakoterapie	31
5.6. Denní stacionáře	31
5.7. Ústavní léčba.....	31
5.8. Shrnutí.....	31
5.9. Úspěšnost terapie a recidiva.....	32
Praktická část.....	33
6. Příprava dotazníku a metody šetření.....	33

6.1.	Cíl dotazníkového šetření	33
6.2.	Výzkumné otázky a předpoklady	33
6.3.	Charakteristika cílové skupiny	33
7.	Rozbor otázek z dotazníku	34
8.	Výsledky dotazníkového šetření	37
8.1.	Statistiky dotazníku	37
8.2.	Sesbíraná data.....	37
9.	Shrnutí získaných informací a diskuze	45
	Závěr	49
	Seznam zkratk.....	50
	Seznam použité literatury	51
	Seznam grafů	56
	Seznam tabulek	57
	Seznam příloh	58
	Přílohy.....	59

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou závažným problémem dnešní uspěchané doby. Doby, která klade důraz především na výkonnost, dokonalost a vzhled, prezentuje mladistvým vyretušované a upravené fotky jako představu běžně dosažitelného vzhledu, doby, která stigmatizuje nejen obezitu, ale i veškeré odlišnosti od perfektní, souměrné a štíhlé postavy. Přestože se nejrůznější formy porušeného příjmu potravy vyskytují již po staletí, můžeme s jistotou říci, že podmínky, ve kterých se nyní nacházíme, dávají těmto onemocněním mnohem širší pole působnosti.

Anorexia nervosa má vyšší mortalitu, než ostatní závažná duševní onemocnění jako jsou schizofrenie, deprese, nebo bipolární porucha. Každé páté úmrtí, související s touto poruchou, je zapříčiněno sebevraždou. Přesto, většina populace poruchy příjmu potravy podceňuje, přehlíží, zlehčuje jejich příznaky a odkládá jejich léčbu.

Možná právě proto, že štíhlost je považována za znak krásy a úspěchu, je řešení těchto problémů odkládáno do doby, než se objeví první zdravotní problémy, než chování pacientů začne být pro okolí natolik zřejmé, že před ním již nelze zavírat oči, nebo původně prospěšné hubnutí, za které je pacient zprvu okolím chválen, začne být „trochu moc“.

Můžeme si však být jisti tím, co poruchy příjmu potravy způsobuje? Existují nové poznatky, které nám pomáhají pochopit příčinu vzniku těchto velice nebezpečných onemocnění? Nalezneme původ zmíněných poruch již v genetické výbavě člověka, nebo ho ovlivňují až pozdější psychologické faktory? Zapříčiňuje nedostatečná informovanost veřejnosti prodlevu mezi vznikem onemocnění a jeho léčbou?

Nejen na tyto otázky se snažím ve rámci své práce najít odpovědi. Téma poruch příjmu potravy je velice rozsáhlé a zabývá se jím mnoho lékařských oborů. Cílem této bakalářské práce je shrnutí problematiky týkající se těchto poruch, ať už z hlediska jejich příčin, diagnostiky, komplikací, léčby či prevence. Zaměřuji se zejména na onemocnění anorexia nervosa a bulimia nervosa. Centrum mého zájmu, rizikové faktory v rámci epidemiologie vzniku anorexie a bulimie, vychází názvu práce.

Teoretická část

Příjem potravy je z hlediska zdravotního stavu člověka významným faktorem. Stav výživy může z dlouhodobého hlediska podmiňovat vznik a průběh některých onemocnění. Ovlivnění zdravotního stavu výživou je možné na různých úrovních:

- 1) dlouhodobý nedostatek potravy, nebo některé z jejích složek
- 2) energeticky nadbytečná výživa zapříčiňující obezitu
- 3) dlouhodobě nevhodný charakter výživy jako rizikový faktor vzniku dalších onemocnění
- 4) nadbytek složek potravy způsobujících svým přílišným množstvím zdravotní problémy
- 5) nepříznivý vliv látek vzniklých při zpracování a kontaminace látkami pronikajícími do potravního řetězce z půdy.

Úprava množství složení výživy, je nezbytnou součástí primární a podpůrné léčby řady onemocnění. (*Vokurka a kol., 2018*)

V širším pojetí, malnutrice zahrnuje všechny odchylky od adekvátního stavu výživy, vzhledem k věku, pohlaví a zdravotnímu stavu pacienta. Tedy nejen dopady nedostatečného energetického příjmu a bílkovinné karence, ale také hypovitaminózy či nedostatečný příjem některých stopových prvků. (*Kohout, Rušavý a Šerclová, 2010*)

Definice malnutrice, jako akutní nebo chronické poruchy výživy, je jednou z nejběžnějších. Nedostatek energie či živin, může z dlouhodobého hlediska způsobovat nedostatečnou funkčnost některých orgánů. (*Svačina a kol., 2008*)

1. Definice poruch příjmu potravy a jejich diagnostika

Pacienti s poruchou příjmu potravy (dále PPP), mohou jídlo pokládat za drogu, útočiště či prostředek ke komunikaci. Lze jím vyjadřovat odmítnutí i přijetí. Zároveň, se pro ně může stát předmětem poskytujícím jim moc, s obrovskou možností manipulace. (*Malá a Pavlovský, 2002*)

1.1. Definice PPP

Poruchy příjmu potravy můžeme definovat jako přetrvávající patologické jídelní chování, které je reprezentováno velmi závažnými psychiatrickými poruchami, jako je anorexia nervosa (dále AN), bulimia nervosa (dále BN), nebo psychogenním přejídání (dále PP). Jedná se o multifaktoriálně podmíněná onemocnění, na kterých se podílí genetické predispozice i psychologicky determinované faktory. Zmíněné poruchy je nezbytné posuzovat v rozsáhlém bio-psycho-sociálním kontextu a léčit v rámci mezioborové spolupráce. (*Poruchy příjmu potravy, 2018*) Nejčastějším obdobím vzniku PPP je věk od 13 do 15 let. Onemocnění propuká v rámci několika měsíců a přetrvává v průměru šest let. (*Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015*)

1.2. Diagnostika PPP

Úspěšnost stanovení diagnózy závisí primárně na ochotě pacienta, nebo jeho rodiny spolupracovat s lékaři. Utajování symptomů a problémů není v diagnostice PPP ničím neobvyklým. Výrazně v tomto ohledu působí zejména strach ze stigmatizace související s psychiatrickými onemocněními. (*Papežová et al., 2018*)

Diagnostická kritéria pro PPP jsou obsažena v MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí), která se využívá v klinické praxi. Používá se také DSM (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) a to zejména v psychiatrii. (*Krch, 2007*)

1.2.1. MKN-10

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, je dílem WHO (Světové zdravotnické organizace). Jedná se o překlad originálního názvu „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ nesoucí zkratku ICD. Tato publikace systematicky sjednocuje a právně zastřešuje označení a klasifikaci poruch, zdravotních problémů, onemocnění a jejich příznaků, různých situací a daných okolností týkajících se člověka. MKN-10 je současná verze tohoto dokumentu, platná v ČR od roku 1994. Poslední aktualizovaná verze překladu desáté revize, pochází z roku 2018. (*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019*)

Připravovaná MKN-11, v rámci které dojde k úpravě a zpřesnění postupu diagnostiky poruch příjmu potravy, vstoupí v platnost dle MZČR 1. ledna 2022. (*Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019*)

Onemocnění jsou v rámci klasifikace označována jako kombinace tří číslic společně s jedním z 25 písmen abecedy. Systém má za cíl zjednodušit mezinárodně nesjednocené značení. Součástí klasifikace je i možnost elektronického zpracování a tvoření zdravotnických statistik ze získaných údajů. (*Sucharda a Zlatohávek, 2015*)

1.2.2. DSM-5

Z původního anglického znění „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ je tento dokument do českého jazyka překládán jako „Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch“. Publikace je výsledkem více než deseti let práce mnoha mezinárodních expertů ve všech odvětvích mentálního zdraví. Má dopomoci vytvořit pořádek v diagnostice a léčbě psychických onemocnění. Publikace vychází pod záštitou Americké psychiatrické asociace. (*American Psychiatric Association, 2020*)

1.3. Anorexia nervosa

Porucha s názvem anorexia nervosa je charakteristická cíleným snižováním tělesné hmotnosti s úmyslem, si tuto podváhu za každou cenu udržet. Je typická pro adolescentní dívky a mladé ženy, které jí trpí až 10 x častěji než mužská populace. Psychopatologie provázející toto onemocnění tkví v nepřiměřeném strachu z tloustnutí. Pacientku provázejí vtíravé a ovládací myšlenky týkající se stravování, vlastního těla, hmotnosti, pohybové aktivity a vzhledu. Mezi příznaky patří: restriktivní jídelní chování, excesivní cvičení,

zneužívání laxativ, anorektik, diuretik a léků vyvolávajících zvracení. (*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018*)

Obvykle onemocnění provází malnutrice, endokrinní a metabolické změny sekundárního původu a poruchy mnoha tělesných funkcí se všemi negativními důsledky. Zmíněné změny, jsou způsobené dlouhodobým nedostatečným příjmem živin a negativní energetickou bilancí. Změny endokrinního systému mají zpočátku kompenzační charakter, kdy se tělo snaží omezit výdej již tak nedostatečného příjmu energie, a vedou v důsledku toho k dalším komplikacím. (*Krch, 2007*) Jedny z prvních hormonálních os, které bývají v rámci šetření energií utlumeny, jsou osy pohlavních hormonů. Počátek můžeme hledat v nedostatku leptinu, kvůli kterému je utlumena aktivita hormonu uvolňujícího luteinizační hormon (LHRH). V návaznosti, je snížena produkce luteinizačního hormonu (LH) a folikuly stimulujícího hormonu (FSH). Stejně tak bývá u žen utlumena produkce estrogenů, způsobující sekundární ztrátu menstruace a v dlouhodobém horizontu osteoporózu. (*Vokurka a kol., 2018*) Dále dochází u pacientů k průkazným změnám v imunitní systému, ghrelinové rezistenci a dalším interakcím peptidů laterálního hypotalamu, mikrobioty střev a poruchám v neuropeptidové signalizaci. Tyto změny se dějí v různé časové posloupnosti. Výzkumy posledních let, díky molekulárně-biologickým metodám, naznačují významnou roli mikrobioty v mechanismech nejen PPP, ale téměř všech psychiatrických poruch. Právě mikrobiom je značně ovlivněn patologickým jídelním chováním. Disbióza může zapříčiňovat změny chutě k jídlu, využití potravy jako zdroje energie, ale i regulaci neuroaktivních látek. Objevuje se i hypotéza o autoimunitních mechanismech, jako prostředku majícího vliv v patogenezi anorexie. (*Papežová, 2018*)

Mezi další tělesné komplikace AN patří hypokalemie a hypochloremická alkalóza (v případě zvracení, zneužívání laxativ a diuretik), otoky dolních končetin, parotis a periorální dermatitida (také v případě zvracení), zpomalené vyprazdňování žaludku, zácpa, nadýmání, bradykardie, hypotenze, abnormality EKG, anémie, trombocytopenie, leukopenie, suchá a praskající kůže, lanugo, neuropatie, hypercholesterolemie a neplodnost. Onemocnění často přechází do chronicity. (*Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015*)

V některých klasifikacích je anorexie dělena na dva následující podtypy: restriktivní a bulimický. První z nich není spojen s kompenzačními aktivitami ke snížení hmotnosti. Druhý je typický následnými opatřeními ke snižování váhy, jako je zneužívání anorektik, diuretik, projímadel, či klyzmat a vyvolávané zvracení. (*Kasper, 2015*)

1.3.1. MKN-10

Diagnostická kritéria pro AN (F 50.0):

- a)** Hmotnost udržována nejméně 15 % pod předpokládanou normou, hodnoty BMI u dospělých pod 17,5, nebo nesplnění očekávaného hmotnostního nárůstu prepubertálními pacienty.
- b)** Cílené snižování váhy pacientem: dietami, nadměrnou tělesnou činností, vyvolávaným zvracením, zneužíváním diuretik, anorektik, či laxativ.
- c)** Specifická patologie spočívající v chorobném strachu z tloušťky, který přetrvává i při výrazné podváze. Zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky související s udržením nízkého hmotnostního prahu.
- d)** Porucha osy hypotalamus-hypofýza-gonády, což u žen způsobuje primární či sekundární amenoreu. Přetrvávání děložního krvácení je možné v případě užívání hormonální antikoncepce. U mužů, se endokrinní porucha projevuje ztrátou libida a potence.

e) Pokud počáteční stádia onemocnění zasahují do období před pubertou, může dojít k opoždění či zastavení růstu a vývoje sekundárních pohlavních znaků. Po uzdravení běžně dochází k dokončení těchto změn, pouze menarche bývá opožděna. (Krch, 2007)

1.3.2. DSM-5

V této klasifikaci dělíme anorexii na purgativní a restriktivní typ. Toto dělení je důležité z hlediska průběhu, prognózy a možných následků onemocnění. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

Je zde také stupňovitě specifikována závažnost onemocnění, která je u dospělých založena na výši BMI.

AN mírná: BMI méně než 17

AN průměrná: BMI v rozsahu 16-16,99

AN závažná: rozsah BMI mezi 15-15,99

AN extrémní: BMI méně než 15

(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016)

1.4. Bulimia nervosa

Onemocnění nesoucí název bulimia nervosa, je charakterizováno opakovanými záchvaty přejídání a následným kompenzačním purgativním chováním, jako je zvracení, či užívání laxativ. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018) Pocit přejedení může být často relativní. Pacient v rámci epizody sní pouze o kousek větší množství než je běžně zvyklý, nebo si plánoval. Jde tedy spíše o subjektivní pocit ztráty kontroly než o jídlo samotné. Extrémní hlídání tělesné hmotnosti zahrnuje také střídavá období excesivní pohybové aktivity a hladovění. (Krch, 2007) V mnoha ohledech je bulimie podobná anorexii, a to zejména nutkavou potřebou kontroly tělesné hmotnosti a panickým strachem z tloušťky. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018) BN začíná, vzhledem k věku pacienta, později než AN. V mnoha případech dochází k postupnému vývoji BN z AN, a to z její subklinické, i plně vyvinuté formy. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

Tělesná hmotnost osob trpících bulimií, může být i přes vytrvávající kompenzační chování v normě. Časté zvracení, způsobuje změny ve vnitřním prostředí, přesněji metabolickou alkalózu. Ta bývá spojena s hypokalémií, ztrátami chloridů a vodíkových iontů a v důsledku toho může způsobit vznik arytmií a významně poškodit ledviny. (Vokurka a kol., 2018)

Další tělesné komplikace pojící se s BN jsou například: dilatace žaludku, hypokalemie, hypochloremická alkalóza, zvýšená kazivost zubů, periorální dermatitida či periodontitida. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

V rámci předchozích klasifikací byla mentální bulimie dělena na dva podtypy: purgativní a non-purgativní. V případě purgativního typu, si jedinec cíleně navozuje zvracení, či zneužívá některé jiné patologické mechanismy „očistění“. Non-purgativní forma je typická spíše restriktivním kompenzačním chováním, jehož příkladem je hladovění, či nepřiměřená pohybová aktivita. Od tohoto dělení se v současné době upouští. (Kasper, 2015)

1.4.1. MKN-10

Diagnostická kritéria pro BN (F 50.2):

a) Opakující se epizody přejídání, nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců. Při záchvatu je zkonsumováno enormní množství jídla během krátké doby.

b) Neustálé zaobírání se jídlem. Craving (=bažení), tedy neodolatelná touha po jídle.

b) Snaha kompenzovat kalorický účinek jídla (jeden či více způsobů). Příkladem je vyvolané zvracení, hladovky, zneužití laxativ, diuretik, anorektik, či tyreoidálních preparátů. U diabetiků 1. typu se můžeme setkat i s manipulací inzulinové léčby.

c) Specifické psychopatologie, jako je chorobný strach z tloušťky. Ideální váha pro pacienty je často nižší než optimálně doporučovaná s ohledem na věk a výšku. Výjimkou nejsou ani předchozí epizody anorexie a intenzivních diet.

(Krch, 2007)

1.4.2. DSM-5

V předchozí klasifikaci, se frekvence záchvatů přejídání a následného zvracení musela opakovat k potvrzení diagnózy alespoň 3x do týdne po dobu 3 měsíců. Z hlediska časného zachytu onemocnění a jeho účinnější léčby, došlo v rámci DSM-5 k redukci na jednu epizodu týdně. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015) V DSM-5 již nejsou rozlišeny subtypy BN.

Klasifikace stupňů závažnosti onemocnění je přímo závislá na počtu epizod kompenzačního chování v rámci jednoho týdne.

BN mírná: průměrně 1-3 epizody nevhodného kompenzačního chování/týden

BN průměrná: průměrně 4-7 epizody nevhodného kompenzačního chování/týden

BN závažná: průměrně 8-13 epizody nevhodného kompenzačního chování/týden

BN extrémní: 14 či více epizod nevhodného kompenzačního chování/týden

(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016)

1.5. Srovnání AN a BN

Přibližně u 30-40 % pacientů s anorexií přechází klinický obraz v bulimii. V opačném sledu, je číslo ještě vyšší. Přes 50 % bulimických pacientů uvádí různě dlouhé období anorexie v anamnéze. (Krch, 2007) Subklinická forma anorexie může trvat i několik let, než dojde k její gradaci směrem k BN. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018) Výstižně popsal podobnosti a rozdíly anorexie a bulimie Krch (2007) ve svém článku „Poruchy příjmu potravy“. Následující tabulka pochází z výše zmíněného článku a zařadila jsem ji do své práce s drobnými úpravami.

Porovnání klinického obrazu a průběhu AN a BN		
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Snížení hmotnosti	výrazné, stagnace přírůstku hmotnosti u dětí	mírné, typické kolísání
Ztráta menstruace	60-100 % (závisí na poklesu hmotnosti a užívání hormonální antikoncepce)	20-40 %
Purgativní chování	15-30 %	75-90 %
Počátek obtíží typicky	mezi 12 a 20 lety	mezi 14 a 30 rokem věku
Pohlaví (ženy:muži)	10-15:1	20:1
Prevalence (ženy 15-30 let)	0,5-0,8 %	1,5-5 %
Jídelní chování	pomalé tempo, menší sousta, vybíravost	rychlé tempo, větší sousta, kombinování potravin
Sebekontrola	vysoká	snížená
Deprese	10-60 %	20-90 %
Sebepoškozování	málo časté	častější
Abúzus alkoholu	málo častý	poměrně častý
Motivace k léčbě	donuceny obtížemi/okolím	chtějí se zbavit přejídání/zhubnout
Signifikantní zlepšení	20-75 %	60-85 %
Úmrtnost (10-20 let od počátku)	2-8 %	0-2 %

Tabulka 1: Porovnání klinického obrazu a průběhu AN a BN (Krch 2007, s. 421)

1.6. Psychogenní přejídání

Psychogenní neboli záchvatovité přejídání, se dostává do popředí PPP v rámci výskytu. Mezi jeho základní charakteristiky patří bažení po jídle (tzv. craving), které se v mnohém podobá touze závislého po návykové látce. Hlavním příznakem jsou záchvaty přejídání (tzv. binge eating), při kterých dochází ke konzumaci enormně velkého množství jídla za krátkou časovou jednotku. Takovéto „selhání“ většinou doprovázejí pocity viny, studu a znechucení sebou samým. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015) Hlavní rozdíl oproti AN a BN, spočívá v nepřítomnosti následných eliminačních metod. Pacient tedy cíleně po záchvatu nezvrací, nezneužívá projímadla, ani neprovádí excesivní pohybovou aktivitu. Mnoho lidí se mylně domnívá, že jejich problém tkví pouze v nedostatku vůle. V rámci toho je důležité si uvědomit, že se jedná o onemocnění, které vyžaduje léčbu. (Papežová et al., 2018)

Přílišné omezování stravy často vygraduje impulzivním přejedením. To může být způsobeno buď, z hlediska psychiky, představou „zakázaného ovoce“ po kterém tak ještě více toužíme, nebo z hlediska biologického, sníženou hladinou tryptofanu, jako prekursoru serotoninu, způsobenou hladověním a následnou snahou těla regulačními mechanismy tento deficit vyrovnat. Fyziologická kontrola příjmu potravy je nahrazena kontrolou kognitivní, čímž je jedinec výrazně náchylnější k impulzivité a podobnému záchvatu. (Papežová, 2010) Strach z obezity v kombinaci s nepříjemnými pocity v rámci „selhání“ a

nespokojenost s vlastním vzhledem, ústí v nevhodné dietní chování. Časté je spojení s depresemi a úzkostmi. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

1.6.1. MKN-10

V mezinárodní klasifikaci nemocí je psychogenní přejídání vedeno jako „Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami“. (Poruchy příjmu potravy, 2018)

Diagnostická kritéria pro PP (F50.4):

- a)** Neustálé zabývání se jídlem, nepřekonatelná touha po jídle, konzumace obrovských dávek jídla během krátké doby (dle některých studií 1 500 až 4 500 kcal).
- b)** Purgativní symptomatika chybí.
- c)** Přítomen je chorobný strach z tloušťky, cílem nereálná hmotnost výrazně nižší než zdravá/normální. Záchvaty přejídání mohou být projevem neadekvátní reakce na stresové situace.

(Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

1.6.2. DSM-5

Klasifikace vyžaduje alespoň jednu epizodu přejídání týdně, po dobu nejméně 3 měsíců. Kompenzační mechanismy nejsou přítomny. Jídelní chování v rámci PP je velmi variabilní. Pro splnění diagnózy je nutné vykazovat alespoň 3 z následujících symptomů:

- 1)** rychlá konzumace jídla
- 2)** nepříjemný pocit plnosti
- 3)** konzumace stravy bez pocitu hladu
- 4)** osamělé jezení s pocitu studu
- 5)** pocity znechucení, viny a deprese po jídle

(Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

Závažnost onemocnění je stejně jako u BN vztažena k počtu epizod přejedení v rámci jednoho týdne.

PP mírná: 1-3 x týdně

PP střední: 4-7 x týdně

PP závažná: 8-13 x týdně

PP velmi závažná: více než 14 x týdně

(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016)

1.7. Atypické poruchy příjmu potravy

Jedná se o netypické formy PPP, které svými příznaky nesplňují veškerá diagnostická kritéria. Chybět může například amenorea u AN, pokles hmotnosti nemusí být příliš výrazný, nebo, zhubne-li člověk původně obézní, se může jeho BMI jevit jako normální. Pacienti vykazují shodný klinický obraz jako u plně projevené formy, závažnost onemocnění je proto srovnatelná. (Poruchy příjmu potravy, 2018) Patří sem poruchy nesplňující dle diagnostických kritérií četnost opakujících se záchvatů u BN či PP. V MKN-10 je obsažena atypická forma mentální anorexie (F50.1) a také atypická mentální bulimie (F50.3). Rozlišit

musíme tyto subklinické formy od „Jiných poruch jídla“ uvedených v MKN-10 jako F50.8. Těmi se myslí spíše poruchy neorganického původu, jako je požívání běžně nepoživatelných látek, či psychogenní ztráta chutí k jídlu. (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2010)

1.8. Orthorexia nervosa

Ačkoliv není uvedena v mezinárodní klasifikaci nemocí, dostává se mentální ortorexie postupně do povědomí široké veřejnosti. Jde o poruchu, při které se jedinec extrémně soustředí na dodržování zásad správné a zdravé výživy. Charakteristický je nepodložený strach z nedostatku některých živin, zejména bílkovin v přijímané potravě, či důsledné vynechávání potenciálně škodlivých potravin, nebo postupů jejich úpravy. Postižený je těmito strachy výrazně omezován v běžném životě. (Kasper, 2015)

2. Ukazatele nutričního stavu u PPP

U pacientů s podezřením na PPP je důležité v rámci záchytu onemocnění provést vyšetření nutričních paramentů. To obsahuje anamnézu, fyzikální vyšetření, stanovení antropometrických a laboratorních ukazatelů, případně ještě svalové síly a samozřejmě přesný zápis příjmu potravy a pohybové aktivity k posouzení energetické bilance. Metodou volby je i nepřímá kalorimetrie. (Vokurka a kol., 2018)

Zvážit PPP u pacienta je nutné, objevuje-li se některý z následujících symptomů (obzvláště patří-li jedinec do rizikové skupiny): změny v hmotnosti, výrazné změny v jídelníčku, obměna stravovacího režimu, srovnávání s ostatními, změny jídelního tempa a chování u stolu, extrémní soustředění se na svoji postavu a hmotnost, navýšení pohybové aktivity, změny chutí, izolace od společnosti, poruchy soustředění, zácpa, poruchy menstruačního cyklu a zimomřivost. (Marádová, 2007) Dále abnormality v nálezů elektrolytů bez zjevné příčiny, hypoglykémie, bradykardie, špatně kompenzovaný DM 1. typu, kompenzační chování, zneužívání anorektik, diuretik nebo laxativ. (AED Report. Eating Disorders, 2016)

Je důležité si uvědomit, že PPP se může vyvinout u kohokoli bez ohledu na rasu, věk, pohlaví nebo hmotnost. Za validní screeningový nástroj považujeme dotazník The SCOFF. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

SCOFF dotazník		
Cítíte se někdy až k zbláznění nepříjemně plná?	Ano	Ne
Bojíte se ztráty kontroly nad množstvím snědeného jídla?	Ano	Ne
Ztratila jste v poslední době na váze více než 7 kg za dobu 3 měsíců?	Ano	Ne
Myslíte si, že jste tlustá, když si ostatní myslí, že jste příliš štíhlá?	Ano	Ne
Myslíte si, že jídlo ovládá Váš život?	Ano	Ne

Tabulka 2: SCOFF dotazník (Poruchy příjmu potravy, 2018)

Název dotazníku SCOFF vychází z anglických slov SICK (=být nemocný), CONTROL (=kontrola), ONE (=jeden), FAT (tlustý, obézní) a FOOD (jídlo), která jsou obsažena

v anglicky znějících otázkách dotazníku. Za každou otázku, na kterou pacient odpoví „ANO“, mu je přičten 1 bod. Skóre 2 a více bodů může indikovat anorexii či bulimii. (*Morgan, Reid a Lacey, 1999*)

Další využívané testy jsou EAT-26, EAT-40 a EDE-Q. Mají za úkol onemocnění detekovat, nikoliv posoudit jeho závažnost. Pro psychogenní přejídání existuje specializovaný dotazník BES (z anglického „Binge Eating Scale“). Chceme-li posoudit vztah pacienta k vlastnímu tělu, první volnou je BAT (z anglického „Body Attitude Test“), dotazník, který je v souvislosti s touto problematikou v ČR nejpoužívanější. (*Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015*)

2.1. Anamnéza

U pacientů s anorexií je poměrně běžné, že stav výživy nekorresponduje s překládaným energetickým příjmem v zapsaném jídelníčku. Častá je snaha zachovat předložený jídelníček i nízkou hmotnost beze změny. Příjem potravy u bulimie nebývá omezen. Pokud ano, je typické maskování pod různé potravinové alergie, intolerance či extrémní směry stravování. Primárním příznakem u tohoto onemocnění zůstává zvracení jako kompenzační mechanismus. (*Papežová et al., 2018*)

Anamnéza je kromě jídelních zvyklostí také zaměřena na menstruaci, její pravidelnost, trvání a případné užívání hormonální antikoncepce. Doptávání na medikaci, suplementy a alternativní přípravky je rovněž důležité pokrýt v rámci farmakologické anamnézy. Rodinou anamnézu zaměřenou na výskyt PPP, jejich symptomů a komorbidních onemocnění (obezita, deprese, úzkosti, abúzus návykových látek atp.), rozhodně nevynecháváme. Za stěžejní můžeme považovat i traumatické události z průběhu pacientova života. Přínosný, může být i záznam růstové křivky, pokud je možné jej vysledovat. (*AED Report. Eating Disorders, 2016*)

2.2. Fyzikální vyšetření

Hmotnost pacientů je nejčastěji posuzována indexem BMI (body mass index). U pacientek s AN se běžně setkáváme s číslem nižším než 17. Při BN nejsou extrémně nízké hodnoty BMI pravidlem. Pacienti často vypadají mladší, než ve skutečnosti jsou. Vlasy prořádnou a připomínají spíše chmýří, neobvyklá není ani přítomnost lanuga. Kůže je velmi křehká a mohou se na ní objevovat drobné oděrky či otlaky. Nehty postupně atrofují a může být přítomno i jejich postižení plísni. Srdeční akce se v rámci onemocnění zrychluje, krevní tlak je oproti tomu spíše nízký, což je spojeno s možností ortostatického kolapsu. (*Papežová et al., 2018*)

2.3. Iniciální diagnostické posouzení

Hladina albuminu, je považována za jeden z hlavních ukazatelů nutričního stavu. Normální hladina albuminu v séru se pohybuje mezi 35 až 40 g/l. Poločas jeho biologického rozpadu je 21 dní. Jeho pokles bývá používán jako ukazatel podvýživy v reakci akutní fáze. Pokud bychom albumin chtěli využít k monitoraci dlouhodobého stavu výživy, je nutné

sledovat zejména vývoj jeho hladiny, nikoliv pouze výsledky jednoho měření. Prealbumin, další sérový marker, má poločas rozpadu 1 den. O hladovění vypovídá tedy v krátkodobém horizontu, v řádu několika dní. Jeho normální hladiny se pohybují v rozmezí od 150 do 360 mg/l. (Grofová, 2007) Právě hladiny těchto markerů, včetně celkové bílkoviny, transferinu nebo cholinesterázy, zůstávají u pacientů s PPP často dlouho v normě. K jejich poklesu dochází teprve v terminální fázi onemocnění, kdy jsou změny ireverzibilní, nebo při komplikaci v podobě zánětu. (Papežová et al., 2018)

Mezi další potenciálně abnormální nálezy může patřit nízká glykémie (způsobená hladověním), nižší hladina natria (zapříčiněno nadměrným pitím či užíváním laxativ), kalia a chloridů (důsledek zvracení, užívání laxativ či diuretik). Oproti tomu bikarbonáty v krvi mohou být ze stejných důvodů zvýšené. Diuréza je často vyšší z důvodu nepřiměřené konzumace tekutin. Hladina minerálů vylučovaných močí je naopak nízká. Pokud je tělo dehydratované, což může být způsobeno například zvracením, hladina N urey bývá zvýšená a její odpad močí nízký. Abnormální nález je možný i u kalcia, fosfátů a magnézia. Zvýšený kreatinin poukazuje na dehydrataci, či nedostatečnou renální funkci. Naopak jeho snížení, nám dostává do popředí možnost nedostatku svalové hmoty. Z abnormalit na elektrokardiogramu jsou nejčastější bradykardie a prolongace QTc intervalu na více než 450 milisekund, případně jiné změny srdečního rytmu. (AED Report. Eating Disorders, 2016)

Další markery, které nám mohou pomoci potvrdit případnou diagnózu PPP, jsou hladiny tyroidiálních hormonů a thyroxinu (jejich snížení), pankreatických enzymů (zvýšené množství), gonadotropinů a pohlavní steroidů (snížená či normální hladina). To vše samozřejmě v kombinaci s kvalitní anamnézou a fyzikálním vyšetřením. Rychlost sedimentace erytrocytů může směřovat ve prospěch zánětu při jejím zrychlení, naopak při zpomalení poukazuje spíše na prosté hladovění. (AED Report. Eating Disorders, 2016)

3. Příčiny PPP

Poruchy příjmu potravy mohou být jedním z pokusů o vyrovnání se se současným světem, přesněji řečeno s jeho perfekcionistačtím nátlakem na osobní spokojenost, úspěch, vzhled, zdraví a kontrolu. Mezi odborníky převládá názor, že PPP vzniká v rámci podílu celé řady faktorů. (Krčh, 2008) Je tedy pravděpodobné, že k rozvoji PPP dochází tehdy, je-li více či méně náchylný jedinec exponovaný vlivům restrikce potravy a současně některým dalším rizikovým faktorům ovlivňujícím rozvoj ostatních psychiatrických poruch. (Krčh, 2008)

V etiopatogenezi, přestože není stále uspokojivě vysvětlena, bývá i nadále zdůrazňována primární role psychických a sociálních faktorů. Prvotní příznaky velmi často přicházejí v období změn, tedy potenciálně stresových situacích. Je zdůrazňován také vliv genetických faktorů. (Vokurka a kol., 2018)

3.1. Rizikové faktory PPP

Důležitou informací, kterou si musíme v rámci hledání příčin PPP uvědomit je, že se rizikové faktory (dále RF) nerovnájí jednoznačné příčině onemocnění. Pokud nedokážeme v rámci studie rozlišit, zda jeden z faktorů v životě jedince předcházel druhému, nejedná se o rizikový faktor, nýbrž o asociaci. Stěžejní z tohoto hlediska je tedy časové mapování

situace. Kauzální rizikový faktor je takový, kterým při jeho manipulaci v rámci experimentu dosáhneme prohloubení, nebo snížení výskytu sledovaného symptomu. Kromě rizikových faktorů, na které se zaměřujeme v rámci prevence, rozlišujeme také faktory udržovací, které se nepodílí na vzniku onemocnění, ale pomáhají v jeho přetrvávání. Na ně, se soustředíme až při léčbě poruch.

Pokud rizikový faktor nemůžeme změnit, označujeme ho jako trvalý. Oproti tomu, faktory proměnlivé, mohou být měněny buďto samovolně (např. věk), nebo zásahem. (Papežová, 2010)

3.2. Modelové přístupy k etiologii PPP

3.2.1. Neurovývojový model

Tento modelový přístup, využívaný pro AN, vychází z prací Connanové a kolegů (1998) a je možné ho použít i v souvislosti s ostatními PPP. Vychází z předpokládané interakce genetické predispozice a vlivu prostředí, kdy genetický podíl tvoří mezi 58 a 88 % rizika vzniku AN. Genetická zranitelnost je zapříčiněna premorbidními rysy osobnosti. Pro BN je to typicky emoční labilita a impulzivita. U AN se jedná o vyhýbavost, perfekcionismus a rysy obsedantní či úzkostné. Spouštěčem onemocnění je některý stresový faktor. (Ocisková a Praško, 2015)

3.2.2. Psychosomatický model

Další z modelových přístupů předpokládá vliv primární kortikální dysfunkce a nesprávné funkce nehomeostatického řízení příjmu potravy. Dále dysfunkci center řídících jídelní chování, změněné kognitivní funkce, chyby v motivačních vzorcích a nedokonalé emoční zpracování stresu. Pacienti se snaží v první řadě kontrolovat negativní emoce spolu se stresem, což vede k přeorientování pozornosti směrem k tělesnému schématu, vzhledu a příjmu potravy. Maladaptivní jídelní chování zároveň zpětně ovlivňuje výše zmíněná funkční centra. (Raboch a Pavlovský, 2012)

3.2.3. Seberegulační systém

Jedná se o vertikální systém, který může mít svůj podíl na vzniku PPP. Tato kontrola pojí životní cíle s chutí jich skutečně dosáhnout a pomáhá tak dávat význam jedincovým hodnotám. Právě odchylky od běžného stavu ve zmíněném systému, mohou představovat zvýšení rizika vzniku a následného přetrvávání PPP. Tyto abnormality může způsobit poškození hipokampu enormním emočním vypětím ve stresových situacích, či některé vývojové vady. V rámci nové hypotézy je zřejmě zásadní chybějící systém seberegulace, kdy je původně neutrální signál, tedy strava, spojen s neadekvátní afektivní konotací a kompulzivním chováním. (Raboch a Pavlovský, 2012)

3.3. Rizikové faktory biologické, demografické a psychosociální

3.3.1. Pohlaví

Ženské pohlaví je považováno za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů z hlediska vzniku PPP. Rozdíly existují nejen v kulturních pohledech na muže, ženy a jejich role ve společnosti, ale zásadní, jsou též odlišnosti biologické. K nevýznamnějším změnám dochází v pubertě a adolescenci. Tělesný růst je u žen spojen i s přibýváním tukových zásob, což může být v souvislosti se současnými standardy krásy pro dívky hrozbou. Známe ale mnoho dalších teorií nabízející jiná vysvětlení. Sociální a kulturní role ženy jsou plné rozporů. Protichůdné informace o normách fyzické aktivity, rodinného života, úspěchu a sebe prezentace mohou zapříčiňovat obtížné nalezení vlastní identity. U mužů tento rozpor není tak velký. (Krch, 2005) Záchvaty přejídání postihují ženy 2,5 x častěji než muže. U anorexie a bulimie, je toto číslo ještě méně vyrovnané. Těmito onemocnění trpí průměrně z deseti případů pouze jeden muž, ve zbylých devíti se jedná o pacientky. (Papežová, 2010)

3.3.2. Etnikum

Původní výzkumy předpokládaly, že PPP jsou výsadou žen ze středních a vyšších sociálních vrstev. V současné době není žádný z těchto předpokladů potvrzen. Přesto několik populačních studií poukazuje na fakt, že dívky s bílou barvou pleti pocházející z vyšších sociálních vrstev, bývají na počátku dospívání v průměru silnější, ale na konci štíhlejší, oproti dívkám žijícím v rodinách s nižšími příjmy a tmavou barvou pleti. (Krch, 2008) Některé výzkumy pocházející z USA částečně potvrzují, že Afroamerické dívky jsou často spokojenější se svým tělem než dívky s bílou barvou pleti, přestože mají průměrně vyšší hodnotu BMI. Také držení diet se u nich objevuje s nižší frekvencí. (Franko a Striegel-Moore, 2002)

3.3.3. Věk

Nejrizikovější věkovou skupinou pro počátky vzniku PPP jsou dospívající dívky. Sebevědomí v tomto věku je velmi často závislé na okolním hodnocení. Dívky chtějí být úspěšné, chtějí se líbit, jsou sociálně vnímavější a tím zranitelnější. Zaměřují se více na cíl a své zájmy prosazují s větší ochotou riskovat. Časté je porovnávání s okolím, podněcované soutěžením, ať už ve škole, sportovním družstvu, či dokonce v rodině. Napodobování vzorů z řad obdivovaných lidí není výjimkou. Nejistota vyplývající z měnící se životní etapy přispívá k touze alespoň některé věci v životě kontrolovat. Strava a pohybová aktivita pak mohou být prvním z odvětví. Přestože, v průběhu dospívání dochází ke zvyšování sebevědomí, sebehodnocení těla může zůstat na velmi nízké úrovni. (Krch, 2008) Puberta není jen obdobím psychických změn, ale i fyzických. Předčasná fyzická zralost bývá spojena se strachem z dalšího navyšování hmotnosti. (Krch, 2005)

3.3.4. Osobnostní rizikové faktory

Poruchy nálady a emoční labilita jsou často dávány do souvislosti se vznikem a projevem PPP. Panuje všeobecný předpoklad, že negativní sebehodnocení a pocit nedostatečnosti, zvyšují riziko vzniku nejen těchto psychiatrických poruch. (Krch, 2008)

Některé dostupné informace o poruchách příjmu potravy mohou vzbuzovat představu, že anorexia nervosa se jednoznačně pojí s kompulzivními osobnostními rysy, bulimia nervosa s impulzivitou, a v rámci tohoto kontinua se pohybují ostatní formy PPP. Realita je ovšem mnohem složitější. *(Papežová, 2010)*

Někteří autoři vykreslují anorektické pacientky jako přehnaně cílevědomé, přísné k dodržování norem a hodnot, dívky bez fantazie, vynalézavosti a nezávislé vůle, zatížené negativním sebehodnocením, obavami z nových situací a vztahů. Slabinou výzkumů, které tyto charakteristiky potvrzují, jsou: nízká početnost v rámci sledovaných vzorků, závislost na užití metodě a subjektivní sebehodnocení pacientek. V souvislosti s AN, bývá nejčastěji poukazováno na obsedantně-kompulzivní poruchu. Dle dostupných dat, se výskyt zmíněné poruchy u pacientek s AN pohybuje mezi 27-81 %. Není však jisté, zda se na rozvoji obsedantních rysů nepodílí z větší části malnutrice, což by z této poruchy dělalo spíše asociaci, nikoliv rizikový faktor. *(Krch, 2005)*

Prospektivní studie potvrdily spojitost mezi vyšší mírou perfekcionismu a tendencí vyvinout jednu z forem PPP. Rys perfekcionismu se nepojí jen s akutně trpícími AN a BN, ale i dlouhodobě vyléčenými a běžně fungujícími pacientkami. Přestože pro bulimii je typické spíše impulzivní chování, sklony k perfekcionismu u ní nacházíme také. *(Papežová, 2010)* Hlavním riziko přehnaně perfekcionista chování, je v síle jeho vlivu, nulové variability, neoblomnosti a rigiditě. *(Krch, 2005)* Neschopnost dosáhnout nesmyslně vytyčených cílů ohledně stravy a hmotnosti, sráží pacientkám sebevědomí, a naopak zpříšňuje další očekávání a sebehodnocení. *(Ocisková a Praško, 2015)*

Rysem, který se v osobnosti pacientek objevuje častěji než jiné, je hysterie, která je výraznější spíše u bulimiček. Sklon ke vztahovačnosti, u některých pacientek hraničí až s mírnou paranoiou. Právě pocit nepřiměřenosti, nedostatečné kompetence, nemoci s psychickými i somatickými obtížemi v kombinaci s někdy nevhodně zvolenou terapií, u pacientek prohluboval egocentrismus a pocit ohrožení, kterému chyběla umírněnost. Reakce tak byly vyeskalovány do extrémních poloh. *(Krch, 2005)*

Část autorů předpokládá, že záchvatovité přejídání či kompenzační zvracení, může posloužit jako prostředek k eliminování nepříjemných emocí. Experimentální psychologie se snaží prokázat vztah mezi negativní emocionalitou a následnou zvýšenou konzumací potravy. Výsledky pokusů zůstávají rozporuplné, přičemž jednou z limitací experimentů mohou být laboratorní podmínky, které přesně nenapodobují běžné životní situace. Právě negativní emocionalita může být rizikovým faktorem pro záchvatovité přejídání. *(Papežová, 2010)*

Kognitivní deficit ovlivňuje průběh nejen PPP, ale i dalších psychiatrických onemocnění. Anorexie se v této souvislosti projevuje zejména ve snížené rozhodovací schopnosti a prostorové orientaci, zhoršené paměti a slabé centrální koherenci. Pacientky obtížně zvládají negativní emoce, potlačují averzní pocity a jsou anhedonické. V této souvislosti se debatuje i nad schopností dívek pociťovat soucit k sobě i k jiným. *(Papežová, 2018)*

Pacienti trpící PPP jsou velmi heterogenní skupinou z hlediska osobnostních rysů. Víme, že některé osobnostní rysy a charakteristiky zvyšují riziko PPP, mezi nimi například perfekcionismus, obsedantní rysy, emoční labilita, nízká sebedůvěra a egocentrismus. Přejde-li počátek PPP v době dospívání, může docházet k fixování některých z nich. *(Krch, 2005)*

Škála EDI

EDI, v angličtině „Eating disorder inventory“, je kvantifikovatelná škála umožňující popis osobnostního profilu, tedy psychických rysů a chování, pacienta trpícího PPP. Obsahuje původně 8 dílčích škál, které se zaměřují na rysy nebo tendence, objevující se v souvislosti s poruchami příjmu potravy nejčastěji. (Krch, 2005) Poslední, 3. aktualizovaná verze, vyšla v roce 2004. Obsahuje 91 otázek organizovaných do 12 škál se skórovacím systémem 0-4. Tři škály jsou specifické pro PPP a zbylých devět je zaměřeno na psychiatrické poruchy všeobecně, což ovšem neznamená, že s poruchami příjmu potravy nesouvisí. V rámci EDI-3, byl vytvořen také EDI-3SC, dotazník zjišťující frekvenci epizod přejídání, užívání laxativ, diuretik a anorektik a kompenzačního chování. Zkrácená verze EDI-3RF, je zaměřena pouze na 25 otázek ze tří škál týkajících se PPP. (Eating Disorder Inventory, 2019)

3.3.5. Rizikové faktory situační

Životní události

Některé události bývají považovány za významné spouštěcí faktory pro PPP. Většinou se jedná o situace, při kterých měly pacientky pocit, že okolí poukazuje na jejich hmotnost, osobní selhání, nebo celkový vzhled. Dále se jednalo o velké změny v jejich životě, konflikty různého charakteru a problémy v rodině. Dle některých studií může mít až 70 % případů AN a BN souvislost s nějakou závažnou životní událostí či překážkou. (Krch, 2005) Někteří odborníci považují tuto provázanost za irelevantní, jelikož souvisí spíše s osobním názorem pacientky, rodiny, terapeuta či výzkumníka na problematiku než s podstatou problému. (Krch, 2008) Odlišnost pacientů s vyvinutou PPP oproti jedincům zdravým, z hlediska nepříznivých životních událostí, často nespočívá v tom, zda je takováto událost vůbec postihla, ale spíše v kvantitě těchto zážitků. Nezáleží pouze na charakteru situace, ale také na způsobu vyrovnání se s ní a jejím zpracování. AN je v souvislosti se zvládáním nepříznivé životní události spojována s nedostatečnou informovaností a tím selhávající snahou zážitku porozumět. Oproti tomu pro BN, je typické spíše opakované procházení situace v představách bez hledání jakéhokoliv východiska. (Papežová, 2010)

Sexuální zneužívání

Existuje předpoklad kauzální souvislosti sexuálního traumatu a některých psychiatrických onemocnění. Přesto nebyl specifický vztah mezi pohlavním zneužitím a následným rozvojem PPP uspokojivě prokázán. Studie obsahující tuto problematiku potvrzují následující: pohlavní zneužití uvádí 20-50 % žen s PPP (podobný poměr existuje i u ostatních psychiatrických poruch), pacientky s bulimickou symptomatikou vykazují pohlavní zneužívání v anamnéze častěji. Pokud pacientka prožila traumatický zážitek spojený se sexualitou a vyvinula PPP, běžněji se u ní setkáme i s dalšími psychiatrickými onemocněními (např. hraniční poruchou osobnosti). Důležitým faktorem, který by neměl být opomíjen, je závažnost a délka trvání zneužívání. (Krch, 2005)

Separace

Separace neboli odloučení od primární rodiny, může být také jedním z rizikových faktorů zapříčiňujících rozvoj AN a BN. Studium v zahraničí, samostatné bydlení, začátek či konec partnerského vztahu, právě toto mohu být spouštěče PPP související se separací. Pokud navíc k odchodu z rodiny dochází časně, pod tlakem sčítajících se problémů, je tato

situace ještě rizikovější. V některých případech ale může pacientům odchod od rodiny naopak prospět. (Krch, 2005)

Akulturace

Akulturace, tedy přizpůsobení se rozdílné kultuře z důvodu života v cizí zemi, je také považována za rizikový faktor PPP. U žen, které žijí v zahraničí se poruchy příjmu potravy vyskytují častěji. Úroveň akulturace koresponduje s rostoucí četností výskytu. Separace a akulturace se zde navzájem iniciují. Pacientky mohou snahu o redukci hmotnosti pojit i s cílem dosáhnout v zahraničí úspěchu. (Papežová, 2010)

3.3.6. Sociokulturní faktory

Kulturní souvislosti s PPP jsou v současné době zřejmé. Propagace extrémní štíhlosti a mládí, jako jediného zaručeného receptu na úspěch, je přirozenou součástí tohoto „šílenství“. (Malá a Pavlovský, 2002) Většina autorů se shoduje na toxickém vlivu kultury nekriticky oslavující štíhlost a přísnou sebekontrolu. Právě nespokojenost s vlastním tělem v kontextu s předkládaným ideálem krásy, ústí k dietnímu chování a rozvoji PPP. (Krch, 2008) Stigmatizace obezity a nesmyslné vyzdvihování alternativních výživových směrů, vede také k nárůstu extrémů v pohybové aktivitě. (Raboch a Pavlovský, 2012) Významný je vliv médií, měnící se životní styl, zvýšená sociální úzkost, sklony k zastávání extrémních postojů a názorů, snížená sebekontrola, soutěživost, celkový úpadek jídelní kultury, nebo třeba trávení volného času. (Krch, 2005) Přestože jsou si lékaři zabývající se poruchami příjmu potravy jisti negativním vlivem zmíněných aspektů, důkaz tohoto vlivu je téměř nemožný. V rámci studií totiž chybí kontrolní skupina lidí, kteří by podobnému ovlivnění vystaveni nebyli. (Papežová, 2010)

Rodina je jedním z nejdůležitějších faktorů z hlediska formování názoru na to, co je a není úspěch, na krásu a pohybové či stravovací zvyky. Zdůrazňována je nebezpečnost nepřiměřených nároků a kritiky ze strany rodičů. Předpoklady, že určité vztahy a vzory pocházející z rodiny zapříčiňují vznik AN či BN, zůstávají nepotvrzené. (Krch, 2008) Můžeme se tedy omezit pouze na tvrzení, že se poruchy příjmu potravy vyskytují u jedinců, jejichž rodiny jsou z nejednotných důvodů disfunkční. (Krch, 2005)

Klinická praxe i epidemiologické výzkumy současnosti se shodují, že PPP jsou předmětem neustálého vývoje a změn. Právě tento fakt potvrzuje jejich podmíněnost kulturou a společností. (Krch, 2005)

3.3.7. Ostatní faktory

Retrospektivní studie naznačují vyšší pravděpodobnost onemocnění BN či psychogenním přejídáním u pacientů, kteří byli v dětství obézní. Také obezita jednoho z rodičů zvyšuje pravděpodobnost výskytu BN u potomků. Longitudinální studie nepotvrzují BMI jako rizikový faktor vzniku PPP. Dokázána je ovšem větší míra nespokojenosti s vlastním tělem u jedinců s vyšším BMI. Právě to může zapříčiňovat vulnerabilitu k působení ostatních rizikových faktorů. (Papežová, 2010)

Prokázanou souvislost má se vznikem PPP distribuce tělesného tuku. Dle některých studií mají ženy ukládající tuk primárně v oblasti boků, stehen a hýždí významně vyšší pravděpodobnost vzniku poruchy příjmu potravy. Rizikem je také kolísání hmotnosti spojené se snazším nabíráním tuku, oproti svalové hmotě. (Krch, 2005) Většina

prozatímních studií potvrdila vyšší riziko onemocnění AN a BN u jedinců, kteří si prošli některou redukční dietou. Až 30 % žen chronicky držících diety, později vyvine částečně, nebo plně některou z PPP. Redukční diety mohou zvýšit riziko vzniku AN či AB až 8x. (Krch, 2008)

3.4. Rizikové faktory genetické

Názory odborníků na podíl genetických faktorů na vzniku PPP se různí. Je udáván mezi 50–90 % u anorexia nervosa a 35–84 % u bulimia nervosa. Rodinné dispozice se projevují zejména v premorbidní zranitelnosti osobnosti. AN je spojována s úzkostnými, perfekcionistickými, obsedantními a vyhýbavými rysy osobnosti. Oproti tomu BN, se pojí spíše s emoční labilitou a impulsivitou. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015) Příbuzní prvního stupně v anamnéze častěji vykazují afektivní poruchy, úzkostné poruchy a obsedantně kompulzivní poruchy. Výjimkou, u nich nebývá ani abúzus návykových látek. (Raboch a Pavlovský, 2012) Deprese u rodinných příslušníků bývají až 3x častější než u běžné populace. Alkoholismus rodičů uvedlo v rámci průzkumů 24 % patientek oproti 4 % z kontrolní skupiny. (Krch, 2005)

O potvrzení genetických predispozic pro PPP se snažila řada studií již od 70. let. Právě v 70. letech byla Theanderem publikována studie, ve které 6,6 % sourozenců přibližně stovky sledovaných patientek s AN trpělo shodným onemocněním. Roku 1980 publikoval Crisp s kolegy další studii, zaměřenou tentokrát na matky patientek s AN. U těch se objevovala AN v anamnéze ve 14 %. V následném výzkumu z 90. let, byl Stroberem a jeho spolupracovníky popsán výskyt AN u 6,2 % matek a 2 % sester sledovaných patientek s AN. Dle dostupných dat se PPP u příbuzných v prvním stupni vyskytují až 5x častěji než v běžné populaci. (Papežová, 2010) Bohužel žádná z těchto studií neprokazuje jasný genetický původ onemocnění.

Průkaznost vlivu genetických faktorů onemocnění, můžeme odhalit spíše ze srovnávacích studií jednovaječných a dvojvaječných dvojčat. Jednovaječná dvojčata mají shodné geny, zatímco dvojvaječná jsou stejně odlišná jako běžní sourozenci. (Krch, 2005) Právě tomuto typu studií se podařilo potvrdit PPP jako familiárně se vyskytující onemocnění s genetickým podílem na jeho vzniku. (Papežová, 2010) Jedná se o dědičnost polygenní, sdílenou s řadou dalších psychiatrických a metabolických chorob. Každá genetická složka, tedy může podmiňovat manifestaci poruch drobným zvýšením rizika jejich vzniku. (Papežová, 2018)

Čtyřletá studie končící v roce 2002, zkoumala prevalenci a heritabilitu AN a zároveň se snažila predikovat její RF. Nezaměřovala se však pouze na PPP, ale i další poruchy. Probíhala ve Švédsku a zkoumanou skupinou bylo téměř 31 500 dvojčat narozených mezi lety 1935 a 1958 s diagnózou AN (dle DSM-4, AN jako jedna z prokázaných příčin smrti, záznam z hospitalizace s AN). Nejdůležitějším závěrem této studie z hlediska genetických rizik, je potvrzení spojitosti neuroticismu, tedy celkové geneticky predikované náchylnosti k emoční a duševní labilitě, a následného vývoje AN. Vznik AN je tedy pod značným vlivem genetických determinant. (Bulik et al., 2006)

Další studie, probíhající v letech 2001–2003 potvrdila, spojitost PPP s dalšími poruchami uvedenými v DSM-4. Tento výzkum zdůrazňuje genetickou spojitost mezi PPP a psychiatrickými komorbiditami. Nebezpečnost PPP, se tak dle výsledků zvyšuje s případným

dalším psychiatrickým onemocněním způsobujícím neschopnost pacienta zastávat své běžné sociální role. (Hudson et al., 2007)

Celostátní Dánská studie zjišťovala a porovnávala, jak často se AN a komorbidní onemocnění objevují v rodinách zasažených některou z PPP a kontrolních rodinách. Jednalo se o necelých 2 400 adolescentů s psychiatrickou diagnózou a přibližně 7 000 kontrolních jedinců stejného věku, pohlaví, pocházejících ze srovnatelných poměrů. Psychiatrické diagnózy byli získávány také od příbuzných v prvním stupni. Tato studie, prováděná s velkým a reprezentativním vzorkem dat, prokázala zvýšené riziko výskytu AN v rodině s diagnostikovanou AN či jinou psychiatrickou poruchou. (Steinhausen et al., 2015)

Největším průlomem, je v rámci genetického vlivu na manifestaci PPP, studie identifikující přesný lokus genu zodpovědného za AN na 12. chromosomu. Toto umístění bylo již dříve detekováno také pro gen asociovaný s DM 1. typu a autoimunitními poruchami. Dále byli prokázány pozitivní asociace mezi AN a schizofrenií, neuroticismem, dosaženým vzděláním, HDL cholesterolem a negativní asociace mezi AN a BMI, insulinem, glukózou a lipidovými fenotypy. Vyplývá z toho, že AN má velké množství genetických spojitostí nejen s psychiatrickými onemocněními, ale také s metabolickými dráhami. Výsledky studie podněcují k přehodnocení přístupu k tomuto, často smrtícímu onemocnění, jako k nemoci s psychiatrickou i metabolickou etiologií. (Duncan et al., 2017)

Právě na výše zmíněném rozsáhlém multicentrickém mezinárodním projektu v rámci Genome-Wide Association Study, který se zaměřil na genetický podklad AN u 3 500 pacientek, se podílelo Centrum pro poruchy příjmu potravy v Praze. Výsledky studie byly prezentovány v květnu roku 2017 na tiskové konferenci. Vedoucí lékařka Centra pro léčbu poruch příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. v této souvislosti uvádí, že spojitost působení rizikových genetických faktorů a rizikového prostředí je díky této studii ještě průkaznější. (Cirmanová, 2017)

4. Prevence PPP

Mediální vliv na současnou generaci narůstá. Až 90 % studentů ve věku 12-20 let využívá internet jako místo, kde si ověřují své názory, postoje a hodnoty. S tím by měly počítat i kvalitní preventivní programy zaměřené na PPP. Je nutné nabídnout protiváhu prezentující zdravou, atraktivní, akceptovatelnou alternativu proanorektickým webům. Vytvořit program, který bude účinný z dlouhodobého hlediska, je problematické. I dobře mířené kampaně mohou mít negativní důsledek. Příkladem je „Ne anorexii“, kampaň italského fotografa zobrazující na billboardech extrémně vyhublou herečku. Svět sice pobouřila a zaujala, ale existuje zde možnost negativního dopadu na dívky s AN, které by, z touhy po publicitě, mohly chtít dosáhnout podobných proporcí. Vždy je důležité zvážit možné důsledky. Prevence by měla být uzpůsobena zralosti populace, prostředí, znalostem pedagogů a dalších spolupracovníků. Důležitá je ověřenost programů a supervize v jejich průběhu. (Papežová, 2010)

Primární prevence se zaměřuje na období před vznikem poruchy příjmu potravy a snaží se tak snížit riziko jejího propuknutí. Oproti tomu prevence sekundární je soustředěna na včasný záchyt onemocnění. (Papežová, 2010) Za prevenci terciální, můžeme považovat prevenci relapsu, která by měla být součástí léčebného programu. (Krach, 2005)

Kvalitní prevence by měla podpořit nejen zdravé sebevědomí a přijetí sebe samých, ale také dospívajícího naučit co je podstatné, práci se sociálním tlakem, zvládání emocí,

kritické myšlení, samostatné rozhodování a také schopnost nést následky svých rozhodnutí. Pro jedince, je důležité vytvoření zdravého a bezpečného hodnotového systému. K utvoření individuality, jsou třeba kvalitní lidské vzory. (Papežová et al., 2018) Předcházení rozvoji nevhodných návyků a postojů je povětšinou snazší než jejich zpětná změna. (Krčh, 2005)

Adekvátním výchovným působením, zejména ve věku, který je rizikový pro vznik PPP, lze poruchám příjmu potravy částečně předcházet. V primární prevenci se spoléháme zejména na rodinu, ovšem i škola může v tomto směru přispět. Důležité je, v rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu, žáky vést ke správným stravovacím návykům, poskytnout jim dostatek informací o PPP bez zbytečného zastrasování, podporovat zdravé sociální klima ve třídě a vytvářet podmínky iniciující osobní rozvoj každého dítěte a posilování jeho sebedůvěry. (Marádová, 2007)

Snížení rizika nápodoby některých extrémních výživových směrů, lze docílit vysvětlením, že určité metody, jako diety, zvracení a projímadla, jsou nejen nebezpečné, ale také dlouhodobě neúčinné. Velmi významným bodem v rámci prevence, je zlepšení informovanosti veřejnosti o PPP. (Krčh, 2005) S tím souvisí i text s názvem „9 pravd o PPP“ vzniklý na podkladě mezinárodní spolupráce, mající za cíl právě podporu informovanosti laické veřejnosti o této problematice. (Papežová, 2018)

4.1. Preventivní programy v České republice

Mezi již realizované programy patří internetová adresa „www.idealni.cz“, která byla vytvořena odborníky za účelem mapování služeb, šíření informací o onemocnění a zpřístupnění literatury rizikové populaci. Na projektu „ProYouth“ se podílelo 7 evropských zemí, včetně ČR. (Papežová et al., 2018) Projekt nyní pokračuje jako současný preventivní program „Healthy and Free“, který nabízí základní informace o poruchách, návodná doporučení pro učitele a rodinu pacientů, informace o léčbě a svépomocný program. Na webu může kdokoli v rámci projektu chatovat nejen s odborníky na tuto problematiku, ale i ostatními uživateli. (Healthy and Free, c2015)

5. Léčba poruch příjmu potravy

Podstatou léčby PPP je multidisciplinární přístup beroucí v úvahu individualitu pacientů, tedy jejich rozdílné biologické, psychologické i sociální potřeby. V rámci intervencí je snaha dosáhnout změny nevhodných postojů, návyků a zaměření se na eliminaci vlivů, které změně brání a tyto postoje a návyky posilují. Pacient je primárně zodpovědný za svou terapii. Zaměřujeme se na posílení jeho sebevědomí a pozměnění jeho zkresleného přístupu k vlastnímu tělu. (Kohout, Rušavý a Šerclová, 2010)

Cílem léčby je v první řadě překonání období popírání onemocnění pacientem, její přijetí se všemi život ohrožujícími následky a následné udržení motivace k uzdravení v jejím průběhu. (Zlatohlávek a kol., 2016) Počátek léčby spočívá v navození běžného jídelního režimu spolu s odstraněním fyzických i psychických následků malnutrice. Stanovena je cílová váha a naplánován její týdenní nárůst dle toho, zda se pacient léčí ambulantně, či je hospitalizován. Energetický příjem nastavujeme s ohledem na možné následné utajované kompenzační metody na 1000-1600 kcal/den. Jeho navyšování je postupné. Parenterální výživu indikujeme pouze v krajních případech, při život ohrožující podvýživě a nespolupráci

pacienta. Další postupy vycházejí z mezioborové týmové spolupráce. (*Raboch a Pavlovský, 2012*) Sledování somatického stavu a psychiatrického rizika, by mělo být součástí pravidelné monitorace. Zmíněné kontroly, nám mohou pomoci předcházet akutním či chronickým komplikacím. (*AED Report. Eating Disorders, 2016*)

Úskalím léčby PPP zůstává ambivalentní přístup pacientů, kteří si často chtějí léčbu přizpůsobit svým vlastním představám, nejlépe s minimálními změnami současného stavu, ať už z hlediska hmotnosti, organizace času či jídelních zvyklostí. (*Zlatohlávek a kol., 2016*) Minimalizace, racionalizace a skrývání příznaků PPP jsou považovány za jednu z hlavních příčin prodlevy mezi počátkem onemocnění a následnou odbornou léčbou. Rodiče často vyhledávají pro své děti pomoc jako první, je důležité věřit jejich úsudku. (*AED Report, 2016*)

Stigmatizace pacientů i jejich rodin, je další možnou překážkou v motivaci k nástupu a dalšímu dodržování léčby. (*Ocisková a Praško, 2015*) Právě strach ze stigmatizace vede k zanedbání, nebo vyhýbání se odborné pomoci. (*Papežová, 2018*) Pocit stigmatu je nejvýraznější v případě nutnosti hospitalizace, nebo docházení na psychiatrické oddělení. (*Papežová et al., 2018*)

5.1. Léčba svépomocí

Jedná-li se o lehčí případy AN či BN, je jednou z možností terapie léčba svépomocí. Populární jsou v tomto ohledu příručky obsahující detailně rozpracovaný svépomocný program, který má za cíl pomoci pacientkám projít procesem uzdravení. (*Kohout, Rušavý a Šerclová, 2010*) Příkladem je manuál „Bulimie: jak bojovat s přejídáním“, jehož autorem je František D. Krch (2008). Manuál je založen na kognitivně-behaviorální terapii. (*Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015*)

Internetové servery nabízejí webové stránky podporující samo uzdravování jedinců trpících PPP. V roce 2010 Borzekowski a jeho kolegové procházeli 180 aktivních stránek zaměřených na tuto problematiku, z nichž 91 % bylo přístupno pro veřejnost. V rámci průzkumu, téměř 83 % stránek obsahovalo relevantní informace týkající se léčby PPP. Nebezpečné jsou v tomto ohledu weby oslavující extrémní štíhlost, a tím podporující rizikovou skupinu v jejím nezdravém přístupu. (*Ocisková a Praško, 2015*)

Existují také svépomocné skupiny, kam mohou docházet nejen pacienti, ale i jejich rodiny. Ať už se jedná o primární prevenci ve formě výuky o výživě a nebezpečí přehnaných diet, či sekundární prevenci, jako rychlou pomoc postiženým. V obou případech, je v těchto skupinách nutná kvalitní supervize a odborná mezioborová spolupráce. (*Raboch a Pavlovský, 2012*)

5.2. Mezioborová týmová spolupráce

Psychoterapie řeší pouze psychologické problémy onemocnění. PPP ovšem zasahují do mnoha dalších aspektů pacientova života, ovlivňují jeho mezilidské vztahy, role ve společnosti a v neposlední řadě také jeho fyzické zdraví v mnoha směrech. Léčba vyžaduje kvalitní tým odborníků, kteří ji dokáží dobře koordinovat. Neexistuje univerzálně fungující terapeutický program platný pro všechny jedince trpící poruchami příjmu potravy. Stěžejní je individualizace, posouzení pacientova somatického a psychického stavu, připravenost

jedince na léčbu, jeho motivace, fáze onemocnění, rodinné i sociální zázemí a dostupnost léčebných programů v jeho lokalitě. *(Raboch a Pavlovský, 2012)*

Multidisciplinární tým specialistů pro léčbu poruch příjmu potravy se skládá z lékařů, psychologů, nutriční specialistů a psychiatrů, případně psychofarmakologických služeb. Podíl rodiny na léčbě je žádoucí. *(AED Report. Eating Disorders, 2016)* Ze specializovaných lékařských oborů se jedná zejména o internisty, endokrinology, gynekology, nebo stomatology. *(Papežová et al., 2018)*

Dobrá komunikace mezi členy týmu je nezbytnou součástí úspěšné léčby. Léčba musí být konzistentní. Je nutné, aby všichni členové respektovali své vlastní pravomoci a nezasahovali do rolí ostatním. *(Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015)*

5.3. Nutriční terapie

Součástí procesu uzdravení, je i zásah nutričního specialisty ve formě upravení jídelního chování pacienta. Primárním cílem je normalizace hmotnosti, což bývá častým předmětem sporů. Představa pacienta a terapeuta o normální hmotnosti může být totiž značně odlišná. Vždy je nutná spolupráce s psychologem či psychiatrem, protože nutriční terapeut není schopný sám pojmout a podchytit všechny aspekty PPP. Úprava diety bývá nejjednodušší fází spolupráce, problematické je její následné dodržování. Skutečnost, že nutriční terapeuti a specialisté častěji sami trpí/trpěli některou z poruch příjmu potravy, může ovlivňovat jejich profesionální úsudek, je proto na jejich uvážení, zda je rozumné být v takovéto situaci součástí spolupracujícího týmu. *(Papežová et al., 2018)*

5.4. Psychoterapie

Komplexní terapie spočívá v psychoedukaci o nemoci jako takové, možnostech její léčby a následné terapii. *(Raboch a Pavlovský, 2012)* V rámci terapií existuje riziko jejich zneužití pacienty, k racionalizaci a ospravedlňování svého chování. *(Papežová et al., 2018)*

5.4.1. Motivační terapie

Motivační terapie je obvykle krátkodobým přístupem, který má pacienta motivovat ke zdravějšímu životnímu stylu. Je založena na motivačním pohovoru, který pochází původně z prací s alkoholiky. Jedná se zpravidla o čtyři sezení. Motivační pohovor užitečný nejen jako součást terapeutických programů, ale i v primární prevenci. *(Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)*

5.4.2. Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie cílí na změnu pacientova nežádoucího chování a myšlenek. Klasická kognitivně-behaviorální terapie (dále KBT) je využívána ke změně jídelního chování a myšlení, probíhá přibližně ve dvaceti individuálních sezeních během pěti měsíců. Novější formy terapie se zaměřují více na motivaci, emoční stránku, terapeutický vztah a mezilidské vztahy patientek. Transdiagnostická modifikace KBT, pocházející z roku 2003, je zaměřená

na popis mechanismů udržujících symptomy PPP. Využívá prvků interpersonální terapie, psychoedukace a motivace. (*Papežová et al., 2018*)

5.4.3. Kognitivní remediace

Metoda se zkratkou CRT (=kognitivní remediace) vznikla v roce 2007. Je vhodná i pro pacienty v akutní fázi onemocnění. Kognitivní poruchy se promítají do mnoha aspektů běžného života pacientů. CRT se skládá z úloh, v rámci kterých pacienti dostávají zpětnou vazbu k problémům, které jim změna jejich kognitivního stylu (například přílišné zaměření na detaily na úkor celku), přinesla. Získávají tak tolik potřebný náhled a možnost pracovat na změně. (*Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015*)

5.4.4. Interpersonální terapie

Léčebný postup je v rámci interpersonální terapie (dále ITP) rozdělen do tří fází. V první fázi se nejprve identifikují interpersonální problémy pacientů, které vedly k rozvoji PPP. Další fází ITP je uzavření terapeutické smlouvy, ve které jsou popsána možná řešení těchto potíží. V závěru se zpracuje vyústění těchto problémů po zásahu pacientem. ITP je doporučována spíše při BN či PP, ale její zařazení je na individuálním posouzení terapeutem. (*Krch, 2005*)

5.4.5. Rodinná terapie a vícerodinná terapie

Rodinné terapie jsou nasadě u adolescentních a dětských pacientů. Pokud jsou přítomny, v rámci historie onemocnění, rodinné konflikty, může být rodinná terapie v hodnou volbou k terapii individuální i u starších pacientů. (*Krch, 2005*) Rodinná terapie se ukázala jako účinnější než terapie individuální, právě u adolescentních pacientů s méně než 3letým průběhem onemocnění. Chroničtí pacienti a dospělá populace tento trend nepotvrzují. Je možné, že lepší účinnost u adolescentů je dána kratším trváním PPP, což způsobuje nižší ovlivnění sociálních aspektů života, fyziologického a psychologického zdraví pacienta a tím menší zakořenění nemoci jako takové do celého jeho bytí. (*Zlatohlávek a kol., 2016*)

Vícerodinné terapie neboli „multifamily treatment“, metody spočívající v psychoterapeutickém přístupu v rámci několika rodin pacientů s PPP, jsou stále využívanější celosvětovou metodou. (*Raboch a Pavlovský, 2012*)

5.4.6. Další postupy

Dalšími používanými psychoterapeutickými postupy může být například stále populárnější metoda mindfulness, mentalizace, psychodynamická psychoterapie, mandometr, expozice s prevencí odpovědí, nebo kognitivně-analytická terapie. (*Papežová et al., 2018*)

5.5. Psychofarmakoterapie

Farmakoterapie sama o sobě neovlivňuje nárůst hmotnosti, ani neupravuje poškozené vnímání vlastního těla. Antidepresiva se dají ovšem využít u pacientek s PPP a přetrvávající depresí po navýšení hmotnosti. Neuroleptika se používají při výrazné obsedantní, anxiózní, psychotické symptomatice, či při neustálému nutkání k neúměrné pohybové aktivitě. Úzkosti vyvolávané konzumací stravy lze částečně krátkodobě tišit anxiolytiky. Psychofarmaka se vždy kombinují s psychoterapeutickými programy a podávány samostatně nejsou řešením PPP. (*Raboch a Pavlovský, 2012*)

5.6. Denní stacionáře

Jedná se o programy parciální hospitalizace na speciálních jednotkách, kam docházejí pacientky dle stanoveného rozvrhu dobrovolně. (*Raboch a Pavlovský, 2012*) Programy mají jasnou strukturu a specializaci a jsou určeny pro akutní i doléčovací fázi onemocnění. Oproti hospitalizaci nabízejí větší prostor pro fungování pacientů v běžných sociálních rolích a umožňují jednodušší následný přechod do běžného života. (*Krch, 2005*) Existují programy denní (alespoň 6 hodin v rámci každého pracovního dne), či rozdělené (nejméně jednou týdně po dobu 3 hodin). Příkladem je stacionář Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, který vznikl jako první v České republice. (*Papežová et al., 2018*)

5.7. Ústavní léčba

AN je psychiatrické onemocnění s nejvyšší mortalitou, proto je v odůvodněných případech nutná léčba i v ústavním zařízení, konkrétně na psychiatrii. V případě, že je tělo ohroženo metabolickým rozvratem, probíhá hospitalizace na jednotce metabolické péče. (*Malá a Pavlovský, 2002*) Dalšími důvody k přijetí na lůžkové oddělení jsou sebevražedné sklony pacientek, nebo komorbidní alkoholová či drogová závislost. (*Raboch a Pavlovský, 2012*)

Mezi kritéria somatického stavu poukazující na nutnost hospitalizace patří: 75 % medián BMI pro věk, pohlaví a výšku, hypoglykemie, dysbalance elektrolytů, abnormality EKG, ortostatický kolaps, akutní komplikace malnutrice, nebo není-li si lékař jistý, že jsou somatické změny způsobeny pouze PPP. (*AED Report, 2016*) Pokud se jako komorbidní onemocnění objeví abúzus alkoholu a drog, což je typické zejména pro pacientky s BN, je nutné závislost léčit jako první, není-li malnutrice krizová z hlediska přežití pacienta. (*Raboch a Pavlovský, 2012*) Mezi další aspekty hospitalizace, které musíme brát v případě PPP v úvahu, patří i selhání prozatímní ambulantní péče, nekontrolovatelné záchvaty přejídání a následného kompenzačního chování a nedostatečná sociální podpora. (*AED Report. Eating Disorders, 2016*)

5.8. Shrnutí

Používané postupy pro léčbu PPP často nejsou kvůli svým proměnlivým výsledkům považovány za dostatečné. Důležité je tedy přicházet s novými „evidence-based“

možnostmi intervence a zvyšovat tím úspěšnost léčby. Nové technologie a znalosti funkčního NS (nervového systému), mohou v budoucnu dopomoci k personalizaci a individualizaci léčby. (Papežová, 2018)

5.9. Úspěšnost terapie a recidiva

Průběh anorexia nervosa i bulimia nervosa může být velmi variabilní. Nelze proto jednoznačně předpovědět, zda konkrétní případ bude ojedinělou epizodou s plnou remisí, chronickým, nebo recidivujícím onemocněním. (Krch, 2005) Léčba trvá v průměru 5-6 let. (Papežová et al., 2018) Z katamnéz pacientek s AN vyplývá, že k úplné remisi dojde až u 44 % z nich. Částečná remise nastává průměrně u 28 % pacientek a ve 24 % přejde onemocnění do chronicity s přetrvávajícím patologickým chováním a vnímáním vlastního těla. Mortalita u poslední skupiny se pohybuje od 5-20 %. U bulimických pacientek dochází k úplnému uzdravení méně často, konkrétně v 27 %. Oproti tomu, neúplná remise s občasnými epizodami je v rámci BN častější, konkrétně v 40 %. U 33 % pacientek se BN stává přetrvávajícím onemocněním. (Raboch a Pavlovský, 2012)

Posouzení průběhu a vyústění PPP má zásadní vliv na klinickou praxi. V odborných publikacích stále vystupují jako kritéria hodnocení pouze hmotnost, restrikce, purgativní chování a abstinence. Z dlouhodobého pohledu se tato kritéria jeví jako nedostatečná. Víme, že neméně důležitá je také změna jídelního chování či úprava postojů a vztahů. (Papežová, 2010)

Chronický průběh je definován jako přetrvávající i přes opakované zkušenosti s adekvátní, dobře vedenou terapií. V rámci sledování pacientů po dobu 15 let, se 67 % z těch, kteří se neuzdravili v prvních 5 letech onemocnění, uzdravilo do 10 let od vzniku. Pokud ovšem překročili hranici deseti let, uzdravilo se do 15 let od počátku onemocnění pouze 14 % z nich. (Papežová, 2018)

Existují faktory, které ovlivňují následný průběh a prognózu PPP. Jsou jimi například: doba počátku onemocnění, nízké BMI, pohlaví, sociální postavení, manželství, závažnost klinických příznaků a další. Tyto faktory mohou předznamenávat prognózu špatnou (dlouhé trvání nemoci, nízká minimální hmotnost, premorbidní osobnost, špatné vztahy s rodinou, komorbidní psychiatrické onemocnění, ...), ale mohou být také pozitivními prediktory (časný počátek poruchy, krátká doba trvání, dobrá pověst v zaměstnání, ...). (Krch, 2005)

Poruchy příjmu potravy zásadně ovlivňují kvalitu života. S jejich dlouhodobým průběhem přibývá depresivních příznaků. V případě bulimie představují velké nebezpečí také alkohol a drogy. (Krch, 2005) Jedním z nejzávažnějších zásahů ovlivňujících běžný charakter života je invalidizace pacienta. K tomuto kroku by se mělo přistupovat pouze v nezbytných, dlouhodobě nepříznivých případech. Důležité je nejprve vyčerpat všechny adekvátní léčebné postupy, včetně hospitalizace. (Papežová, 2010)

Praktická část

V navazující praktické části mé práce se soustředím na všeobecnou informovanost veřejnosti o problematice poruch příjmu potravy. Součástí praktické části je i pět výzkumných otázek a předpokladů, na které v rámci vyplňování dotazníků respondenty, získávám odpovědi nebo potvrzuji jejich správnost. V rámci závěrečné diskuze usnadňují tyto otázky a předpoklady orientaci a napomáhají zhodnocení získaných informací.

6. Příprava dotazníku a metody šetření

Pro potřeby této bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkumné šetření. Způsobem sběru dat je anonymní dotazník zveřejněný elektronicky přes server survio.cz.

Dotazník jsem se rozhodla šířit mezi respondenty elektronicky – přes sociální sítě (Facebook, Instagram) a internetovou korespondencí. Na Facebooku jsem odkaz nešířila pouze v rámci svého profilu, ale také na stránkách svého rodného města, v zájmových skupinách, kroužcích a různých dalších skupinách tak, abych získala co nejpestřejší vzorek odpovídajících.

6.1. Cíl dotazníkového šetření

V rámci dotazníkového šetření získávám přehled o informovanosti a vzdělanosti neodborné veřejnosti v rámci toho tématu. Zjišťuji, jaký mají lidé v České republice přehled o poruchách příjmu potravy.

6.2. Výzkumné otázky a předpoklady

Předpoklad č. 1: Více než 50 % odpovídajících bylo nějakým způsobem konfrontováno s PPP.

Předpoklad č. 2: Nejčastěji uváděnou PPP, v souvislosti s výskytem mezi odpovídajícími, je anorexie.

Otázka č. 3: Považují lidé anorexii a bulimii za geneticky predisponované onemocnění?

Otázka č. 4: Rozpozná běžná populace příznaky anorexie a bulimie?

Otázka č. 5: Vědí lidé, na koho se v případě setkání s poruchou příjmu potravy obrátit?

6.3. Charakteristika cílové skupiny

Cílovou skupinou pro šetření v rámci dotazníku je neodborná veřejnost s dolní věkovou hranicí 10 let. Hranici jsem stanovila z důvodu možného nepochopení otázek

mladšími jedinci. Výběr dotazovaných je náhodný, ovlivněný ochotou respondentů odpovídat.

7. Rozbor otázek z dotazníku

Vytvořený dotazník obsahuje 15 otázek seřazených chronologicky tak, aby respondent nejprve odpověděl na dotazy ohledně jeho osoby (usnadní orientaci v rámci vyhodnocení) a až poté se dostal k problematice, na kterou je tato práce zaměřena. Otázky jsou většinou uzavřené s výběrovou či výčtovou odpovědí, případně s možností doplnit přesnější odpověď vepsáním. Pouze jedna z otázek je otevřená. Od obecnějších otázek týkajících se celého spektra poruch příjmu potravy se postupně propracovávám k otázkám konkrétnějším.

7.1.1. Otázky č. 1-3

První tři otázky rozřazují respondenty dle 3 základních kritérií – pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Otázky jsou uzavřené s možností výběru z několika variant. Věkových skupin zaznamenává dotazník šest, s různým rozpětím věku v jednotlivých kategoriích.

Nejvyšší dosažené vzdělání je odstupňováno čtyřmi kategoriemi, konkrétně: *základní; středoškolské bez maturity; středoškolské s maturitou; vysokoškolské*. Vzhledem k povaze dotazníku je zmiňované rozřazení dostačující a rozlišení vyššího odborného vzdělání, či bakalářského a magisterského studia je nadbytečné.

7.1.2. Otázka č. 4

Tato otázka se již týká problematiky poruch příjmu potravy. Zjišťuji, zda mají odpovídající alespoň základní přehled o jednotlivých poruchách příjmu potravy a zda je dokáží mezi šesti možnostmi správně odhalit. Možnost výběru více odpovědí předjímá pravděpodobnost několika správných.

Správné odpovědi: anorexia nervosa; bulimia nervosa; přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (záchvatovité přejídání)

Nesprávné odpovědi: obezita; ateroskleróza; celiakie

7.1.3. Otázka č. 5

V páté otázce prověřuji, zda mají respondenti ponětí, které pohlaví je postiženo PPP častěji, či zda dle jejich názoru pohlaví, v rámci rozšíření poruch příjmu potravy v populaci, nehraje roli.

Správná odpověď: ženy

Nesprávné odpovědi: muži; obě pohlaví jsou postižena shodně

7.1.4. Otázka č. 6

Šestá otázka se zaměřuje na věkové rozpětí, ve kterém se PPP vyskytují nejčastěji. Uzavřená otázka umožňuje výběr z pěti nejpravděpodobnějších odpovědí.

Správná odpověď: 15-19 let

Nesprávné dopovědi: 10-14 let; 20-24 let; 25-29 let; 30-34 let

7.1.5. Otázka č. 7

Zde zjišťuji, zda se odpovídající setkal s některou z poruch příjmu potravy. Jedná se o částečně otevřenou otázku. Respondent si v ní může vybrat jednu ze čtyřech nabízených odpovědí: *Ano, setkal/a osobně; Ano, trpěl jí některý rodinný příslušník; Ano, kamarád/spolužák se s ní potýkal; Ne, nesetkal/a*. Pokud mu žádná z předepsaných odpovědí nevyhovuje, je zde možnost zapsat svou vlastní, v kolonce *Jiná odpověď*.

7.1.6. Otázka č. 8

V osmé otázce se doptávám, o jakou poruchu se v případě setkání jednalo. Tato otázka zároveň eviduje znalosti respondentů, týkající se povědomí o konkrétních poruchách příjmu potravy. Otázka je opět částečně otevřená. V prvních 3 odpovědích uvádím konkrétní poruchy příjmu potravy, z kterých si může odpovídající jednu vybrat. Pokud ovšem považuje za poruchu příjmu potravy jiné onemocnění, má možnost toto vyplnit do kolonky „*Jiná...*“, a to i v případě, potvrdí-li znovu, že se s žádnou z poruch příjmu potravy v běžném životě nesetkal.

7.1.7. Otázka č. 9

Devátá otázka je zaměřená na rizikové faktory poruch příjmu potravy. Respondent vybírá ze čtyř odpovědí s možností zaškrtnutí nejméně jedné a nejvýše všech uvedených. Touto otázkou se dostávám ke stěžejnímu tématu teoretické části bakalářské práce, tedy jakým způsobem jsou determinovány poruchy příjmu potravy.

Správné odpovědi: genetické; psychologické; stresové; sociokulturní

7.1.8. Otázka č. 10

Otázka číslo deset odkazuje na možné příznaky poruchy příjmu potravy. Výběr je zde z pěti odpovědí. Respondentovi je umožněno zaškrtnout více odpovědí a tím určit jejich správnost.

Správné odpovědi: zkreslené vnímání vlastního těla; posedlost hubnutím; intenzivní až extrémní cvičení; vyvolávané zvracení

Nesprávné odpovědi: třes rukou

7.1.9. Otázka č. 11

Způsob léčby poruch příjmu potravy, je dle mého názoru jednou ze základních skutečností, o které by měla mít neodborná veřejnost povědomí. Ze tří možností, lze v rámci dotazníku vybrat jednu.

Správná odpověď: odborná psychiatrická pomoc, dlouhodobá léčba s možností hospitalizace

Nesprávné odpovědi: svépomocí, stačí si uvědomit problém; jednorázová konzultace s dietologem nebo jiným odborníkem v oblasti výživy

7.1.10. Otázka č. 12

Otázkou číslo dvanáct zjišťuji, zda má odpovídající tušení, na kterém oddělení je pacient s onemocněním PPP v případě hospitalizace v nemocnici umístěn.

Správná odpověď: psychiatrie

Nesprávné odpovědi: ORL, gastroenterologie, dietologie

7.1.11. Otázka č. 13 a 14

Otázky třináct a čtrnáct mají stejné znění, rozdíl je pouze v poruše příjmu potravy, na kterou se v nich doptávám. Otázka třináct je zaměřena na anorexii, druhá z nich na bulimii. Dotazovaný si v každé může vybrat z deseti zdravotních rizik, a určit, která jsou s jednotlivými onemocněními nejvíce spjata.

Zdravotní rizika	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Ztráta menstruace	ANO	ANO
Vypadávání vlasů	ANO	NE
Anémie	ANO	NE
Zánět horních cest dýchacích	NE	NE
Zácpa a nadýmání	ANO	ANO
Nedoslýchavost	NE	NE
Dehydratace	ANO	ANO
Žaludeční vředy	NE	ANO
Šedý zákal	NE	NE
Zvýšená kazivost zubů	ANO	ANO

Tabulka 3: Zdravotní rizika AN a BN v rámci dotazníku

7.1.12. Otázka č. 15

Poslední dotaz směřuje na poradenská centra zabývající se poruchami příjmu potravy, přesněji na jejich znalost dotazovanými. Odpověď, ať už negativní, či s názvem centra, respondent zapisuje do připravené kolonky.

8. Výsledky dotazníkového šetření

Dotazník s jednotlivými otázkami jsem zveřejnila a rozeslala mezi respondenty počátkem dubna roku 2019. Sběr dat probíhal, s opakovaným zveřejněním odkazu k vyplnění, po dobu tří měsíců. Dotazníkové šetření jsem ukončila na počátku července téhož roku.

8.1. Statistiky dotazníku

Celkový počet respondentů, kteří dotazník úspěšně dokončili je 180. Čas, který vyplnění dotazníku věnovali se u 70 % z nich pohyboval v rozmezí 2–5 minut. 7 % dotazovaných zvládlo otázky zodpovědět během 1-2 minut, naopak 19 % z nich zabralo vyplnění více času, konkrétně od 5 do 10 minut. 4 % odpovídajících strávili vyplněním dotazníku více než 10 minut.

8.2. Sesbíraná data

V této části práce jsou uvedeny odpovědi získané v rámci dotazníkového šetření. Součástí některých otázek je i zpracování výsledků do grafické podoby, která tak zvyšuje jejich názornost.

8.2.1. Pohlaví:

Z celkového počtu 180 respondent se v 9,4 % jednalo o muže. Ženy tak tvořily více než 90 % odpovídajících.

8.2.2. Věk:

Nejvíce získaných odpovědí pochází od respondentů ve věku 26–35 let, konkrétně 33,3 %. Druhou nejčastěji odpovídající věkovou skupinou jsou lidé ve věku 35–50 let, která je zastoupena 28,3 %. Poslední výrazněji zastoupenou věkovou skupinu tvoří 19–25 letí jedinci s 25,6 % z celku. Můžeme tedy říci, že lidé mezi 19–50 lety tvoří více než 87 % odpovídajících. Zbýlé 2 zastoupené věkové skupiny 15–18 let a 50 let a více, tvoří zbylých méně než 13 %. Z nejmladší možné věkové skupiny 10–14 let se v průběhu dotazování nepodařilo získat žádného odpovídajícího.

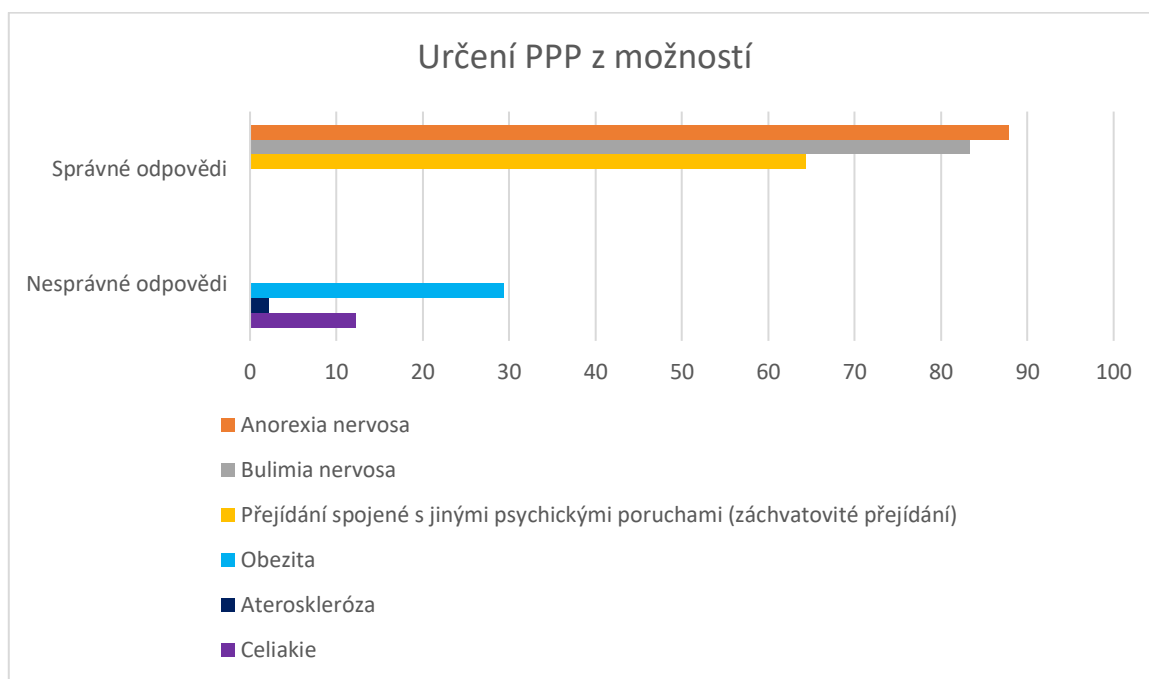
8.2.3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Ze čtyř možností, týkajících se nejvyššího dosaženého vzdělání, výrazně nejvíce respondentů uvedlo *Středoškolské s maturitou*, a to ve 48,3 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo vzdělání *Vysokoškolské* a to v 31,1 %. Dokončené *Středoškolské vzdělání bez maturity* uvedlo 15 %. 5,6 % respondentů zaškrtnulo jako své nejvyšší dosažené vzdělání *Základní školu*.

8.2.4. Vyberte poruchy příjmu potravy z následujících onemocnění:

Anorexia nervosa a *Bulimia nervosa*, uvedlo jako svou odpověď více než 80 % respondentů, respektive 87,8 % a 83,3 %. *Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (záchvatovité přejídání)* zaškrtnulo 64,4 % respondentů.

Častokrát byla zařazena mezi poruchy příjmu potravy *Obezita* a to téměř u 30 % respondentů. 12 % respondentů považuje za PPP *Celiakii*. Poslední odpověď, *Aterosklerózu*, označilo pouze 2,2 % odpovídajících.



Graf 1: Určení PPP z možností

8.2.5. Poruchy příjmu potravy se častěji vyskytují u:

V této otázce více než 90 % respondentů uvedlo, že ženy trpí poruchou příjmu potravy výrazně častěji než muži. Zbýlých méně než 10 % odpovídajících vybralo možnost postižení obou pohlaví shodně. Žádný z respondentů nevybral možnost vyššího výskytu PPP u mužů.

8.2.6. V jakém věku se poruchy příjmu potravy vyskytují nejčastěji?

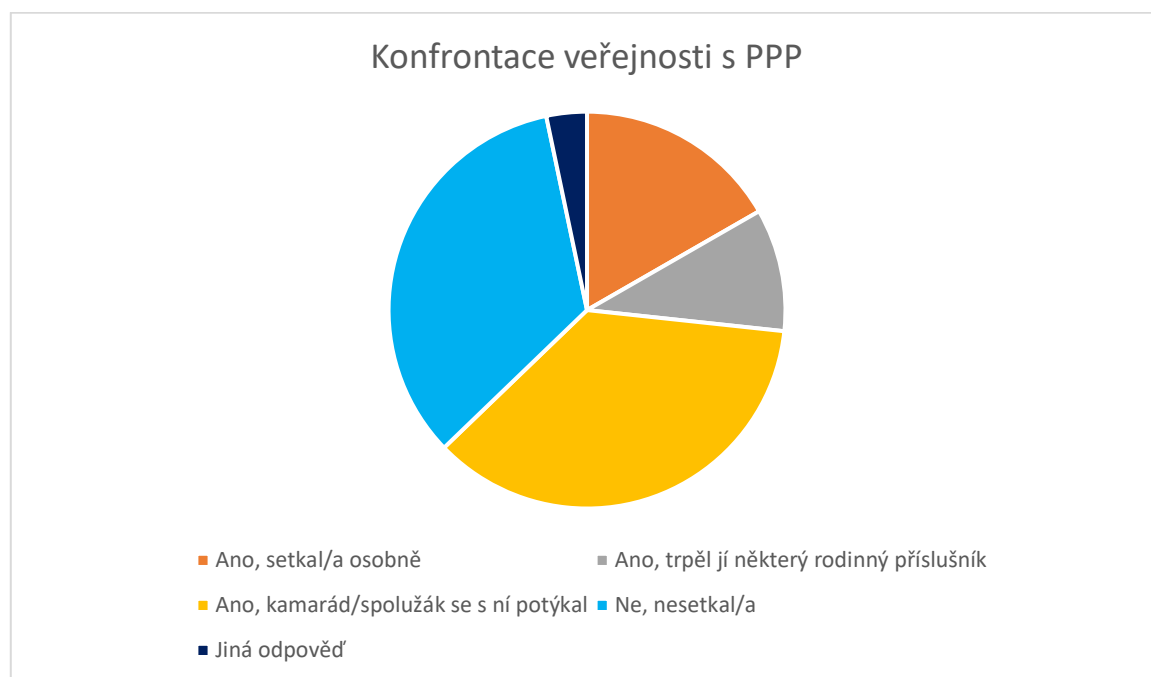
82,2 % odpovídajících vyhodnotilo jako správnou odpověď věk mezi 15–19 lety. Druhou nejčastější odpovědí je věk mezi 10–14 lety uvedený 11,7 % respondentů. Ostatní možnosti (20–24 let, 25–29 let a 30–34 let) jsou zastoupeny pouze symbolicky, dohromady 6,1 % odpovědí.

8.2.7. Setkal/a jste se s poruchou příjmu potravy?

65 % odpovídajících, včetně těch, kteří uvedli jinou než uvedenou možnost konfrontace, se s PPP setkala. Osobní zkušenost s jedním z těchto onemocnění má 16,6 %

respondentů. Přibližně 36 % uvádí, že se s některou z poruch příjmu potravy potýkal jejich kamarád, či spolužák a u 10 % odpovídajících se onemocnění objevilo v rodině. Jako další možnosti setkání v kolonce *Jiná odpověď* byl vypsán například vztah pedagog – žák, lékař – pacient, dcera známých, nebo dcera přítelkyně.

33,8 % respondentů, odpovědělo, že se nedostali do blízkosti člověka, který by poruchou příjmu potravy trpěl a negovali tím i své vlastní možné onemocnění.

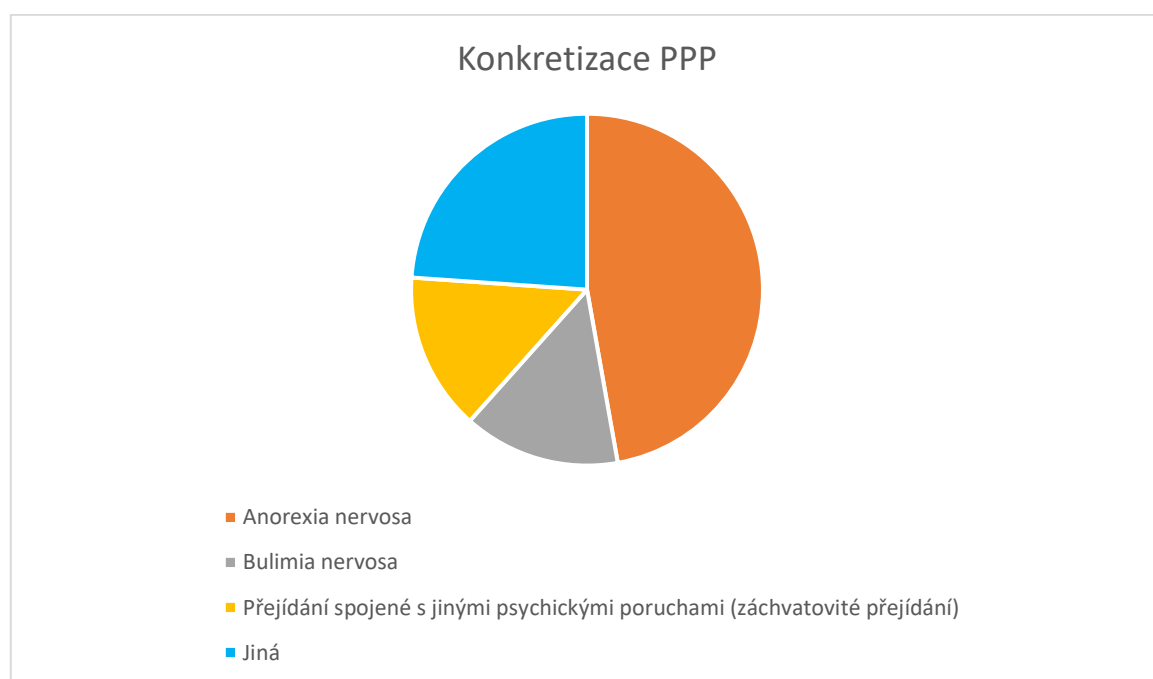


Graf 2: Konfrontace veřejnosti s PPP

8.2.8. O jakou poruchu příjmu potravy se jednalo?

U 47,2 % respondentů byla zaškrtnuta *Anorexia nervosa*, je tedy nejčastěji uváděnou poruchou. *Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (záchvatové přejídání)* s 14,5 % a *Bulimia nervosa* s 14,4 % byly uváděny shodně.

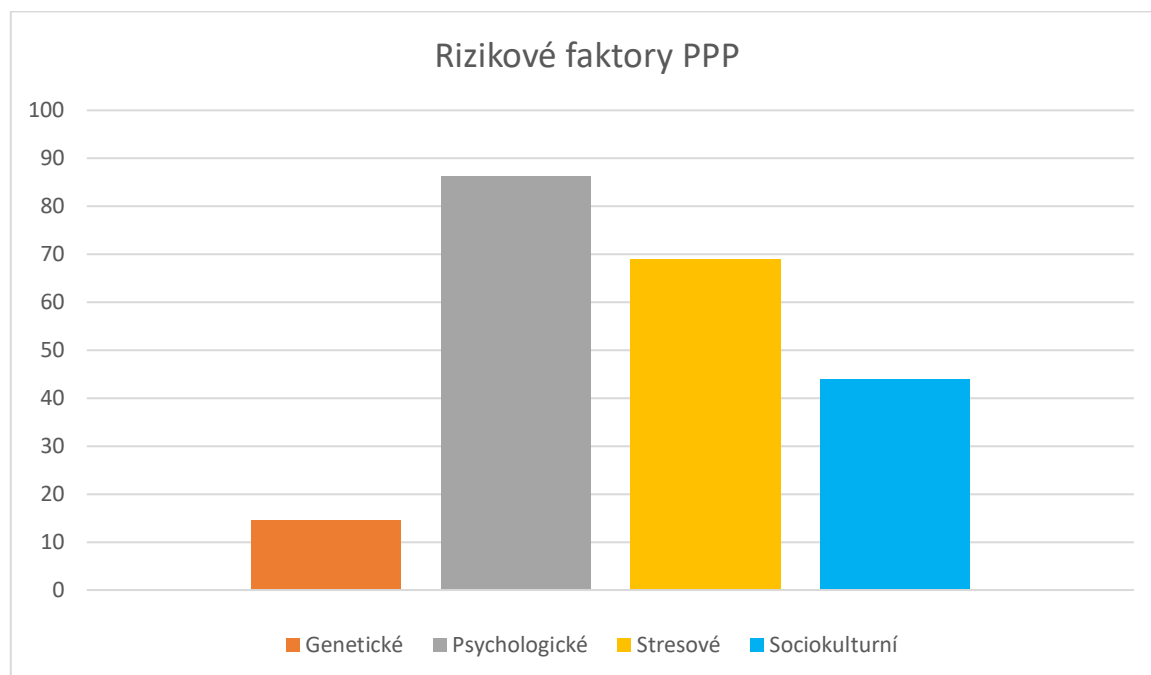
Volbu odpovědět vlastními slovy využilo 23,9 %. Odpovídající zde měli možnost potvrdit záporné stanovisko z předchozí otázky, což udělalo 59 % původních záporně odpovídajících respondentů. 11,5 % ze záporně odpovídajících z předchozí otázky v sekci „*Jiná...*“ uvedlo onemocnění, které poruchou příjmu potravy není. Ve třech případech se jednalo o *Celiakii*, dále byla zmíněna *Obezita*, *Reflux* nebo *Nechutenství*.



Graf 3: Konkretizace PPP

8.2.9. Příčiny poruch příjmu potravy jsou multifaktoriální, vyberte rizikové faktory onemocnění:

Odpověď *Psychologické faktory* zaškrtnulo 86,1 % respondentů. Druhou nejzmiňovanější odpovědí jsou *Faktory stresové*, které uvedlo necelých 69 %. Méně často uváděnou odpovědí jsou *Sociokulturní faktory*, které označilo jako rizikové 43,9 %. Pouze 14,4 % dotázaných považuje za rizikové *Genetické faktory* v rámci PPP.



Graf 4: Rizikové faktory PPP

8.2.10. Vyberte možné příznaky poruchy příjmu potravy:

Téměř shodné výsledky zaznamenaly odpovědi *Zkreslené vnímání vlastního těla*, *Posedlost hubnutím* a *Vyvolávané zvracení*. Zaškrtnlo je přibližně 83 % respondentů. *Intenzivní až extrémní cvičení* považuje za možný příznak poruchy příjmu potravy necelých 59,4 %. Odpověď – *Třes rukou* – uvedlo 23,9 % dotázaných.

8.2.11. Jakým způsobem léčíme poruchy příjmu potravy?

95,6 % odpovídajících uvádí jako odpověď, že *léčba vyžaduje odbornou psychiatrickou pomoc a dlouhodobou léčbu s možností hospitalizace*. 3,3 % respondentů považuje za dostačující léčbu *svépomocí s dostatečným uvědoměním si problému* a pouze 1,1 % odpovídajících se domnívá, že onemocnění vyřeší *jednorázová konzultace s dietologem, či jiným odborníkem v oblasti výživy*.

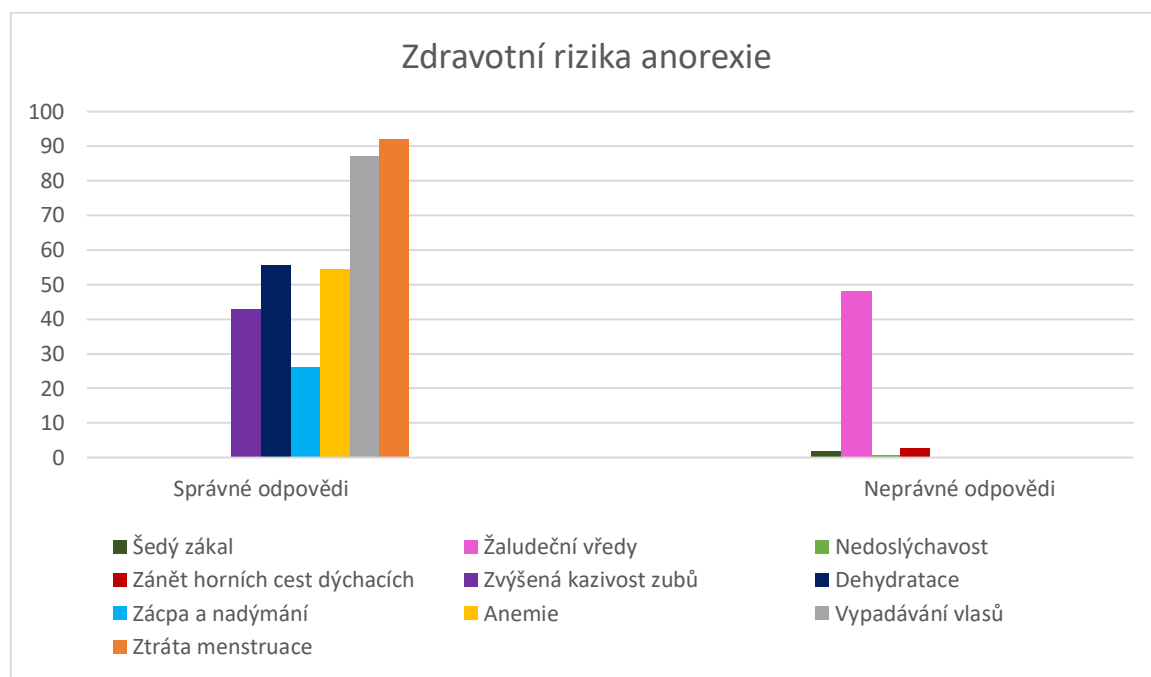
8.2.12. Na jakém oddělení bývají pacienti s poruchou příjmu potravy většinou hospitalizováni?

Psychiatrii uvedlo přibližně 80 % dotazovaných. Podobné zastoupení (10 % a 8,8 % odpovídajících) získali odpovědi *Gastroenterologie* a *Dietologie*. Odpověď *ORL* uvedl jediný respondent.

8.2.13. Jaká jsou zdravotní rizika anorexie?

Zdravotní riziko	% zaškrtnutí
Ztráta menstruace	92,2 %
Zvýšená kazivost zubů	42,8 %
Vypadávání vlasů	87,2 %
Anemie	54,4 %
Zánět horních cest dýchacích	2,8 %
Zácpa a nadýmání	26,1 %
Nedoslýchavost	0,6 %
Dehydratace	55,6 %
Žaludeční vředy	48,3 %
Šedý zákal	1,7 %

Tabulka 4: Zdravotní rizika anorexie

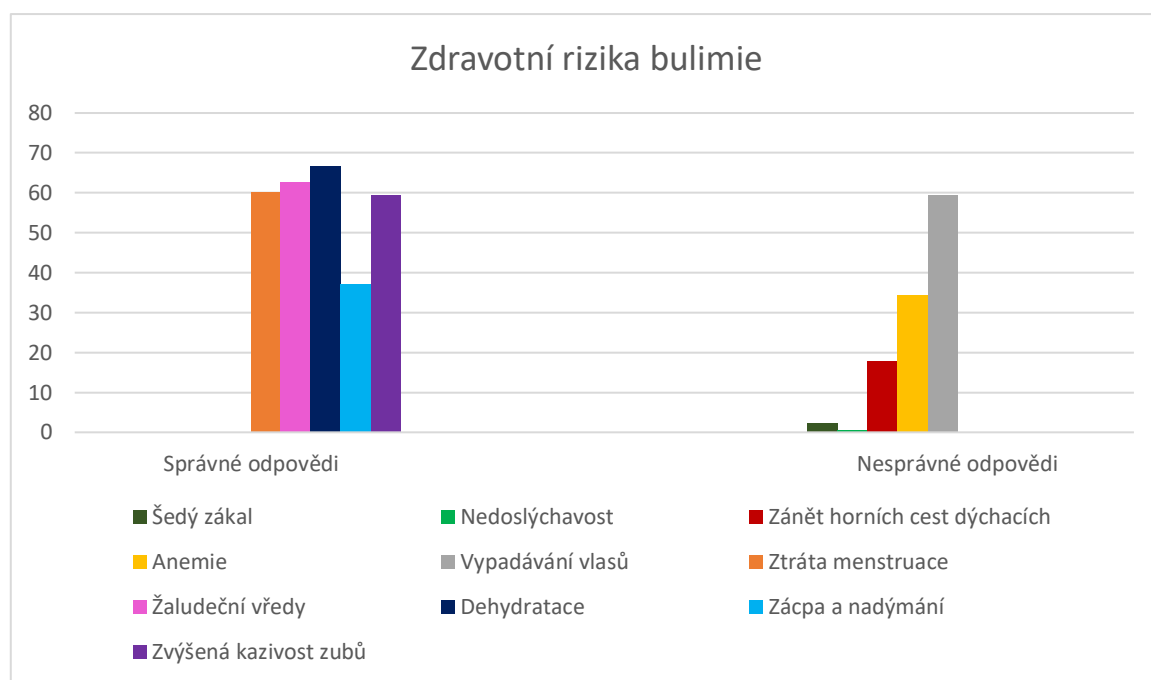


Graf 5: Zdravotní rizika anorexie

8.2.14. Jaká jsou zdravotní rizika bulimie?

Zdravotní riziko	% zaškrtnutí
Ztráta menstruace	60 %
Zvýšená kazivost zubů	59,4 %
Vypadávání vlasů	59,4 %
Anemie	34,4 %
Zánět horních cest dýchacích	17,8 %
Zácpa a nadýmání	37,2 %
Nedoslýchavost	0,6 %
Dehydratace	66,7 %
Žaludeční vředy	62,8 %
Šedý zákal	2,2 %

Tabulka 5: Zdravotní rizika bulimie



Graf 6: Zdravotní rizika bulimie

8.2.15. Znáte některé poradenské centrum zabývající se poruchami příjmu potravy?

Negativní odpověď v různých formách uvedlo téměř 79 % respondentů. Jeden z odpovídajících neuvedl konkrétní místo, pouze město „Praha“. Mezi nepřilíš konkrétní odpovědi patří i „Psychologie České Budějovice“.

Jeden z respondentů uvedl/a, že v tuto chvíli netuší, ale v případě potřeby by kontaktoval/a praktického lékaře pro děti a dorost. 2,7 % odpovídajících uvedlo že vědí, kam se v případě potřeby obrátit, ale své prohlášení nekonkretizovalo. Jeden z dotazovaných uvedl pouze „Nemocnice“.

Největší zastoupení v odpovědích, konkrétně 7,2 %, zaznamenalo poradenské Centrum Anabell.

Dále jsou uváděny psychiatrické kliniky, ať už všeobecně, nebo konkrétně. Například psychiatrická klinika v rámci VFN, Bohnice, nebo dětská psychiatrie v Motole. Mezi zmíněné patří i FN Brno Bohunice, nebo stacionář VFN v Praze. Dohromady se o některé z těchto možností zmiňuje 7,2 % respondentů.

V neposlední řadě je mezi poradenskými centry zmiňován RIAPS, tedy „*Krizové centrum v Chelčického ulici v Praze*“. Jeden z respondentů uvedl jako možnost „*helples*“. Předposlední zmínka se týká iniciativy „*stop PPP*“. Poslední odlišnou zapsanou odpovědí je „*Open Gate*“.

9. Shrnutí získaných informací a diskuze

Kvantitativní výzkumné šetření za pomoci anonymního dotazníku s sebou nese riziko zkreslených výsledků. Tomu jsem se pokusila alespoň částečně vyvarovat některými drobnými opatřeními. Prvním z nich je rozčlenění dotazníku na tři sekce, kdy se po přejití k následující, nelze vrátit zpět. Tímto krokem jsem se snažila zabránit přepisování odpovědí, jelikož některé z otázek v druhé a třetí části napovídají správné odpovědi v předchozích. Druhým, je povinnost odpovědět v rámci dotazníku na všechny otázky. Pokud se tak nestane, systém vás upozorní a vrátí vás k otázce, kterou jste vynechali. Bez vyplnění všech otázek v jednotlivých sekcích, nejen že nelze postoupit v dotazníku dále, ale nelze ho ani prohlásit za dokončený. Toto opatření eliminovalo odesílání neúplných dotazníků ke zpracování.

Výhodou rozesílání dotazníků pouze elektronicky, jsou výše zmiňovaná opatření. Naopak nevýhodou tohoto postupu, může být ovlivnění výběru respondentů mou sociální bublinou. Toto jsem se pokusila eliminovat sdílením odkazu v různých skupinách na sociálních sítích, které nesouvisí s mou osobou. Dále jsem požádala při šíření dotazníku internetovou korespondencí o přeposílání odkazu dále, čímž se dosah mého e-mailového adresáře rozšířil o další respondenty. Jako problematická se může jevit též nedostupnost internetového připojení a dostatečná počítačová gramotnost u všech skupin obyvatelstva. Přesto jsem považovala za výhody plynoucí z šíření dotazníku elektronickou cestou za převažující. Využití obou metod, tedy distribuce přes internet a osobně, nepovažuji za šťastné. Případným řešením, by mohlo být oddělené vyhodnocení dotazníků získaných těmito dvěma způsoby.

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 180 respondentů, z toho 90,6 % žen. Je otázkou, zda se v takto nevyrovnaném počtu promítá větší ochota žen zodpovídat dotazníky související se studiem, či toto číslo potvrzuje vyšší míru zaujetí žen tělesným vzhledem a s tím související problematikou PPP. Podobný nepoměr mezi odpovídajícími dívkami a chlapci, zaznamenala ve své bakalářské práci také Cmíralová (2018), přesněji 81 % vůči 19 %. Je zajímavé, že poměr mnou získaných respondentů dle pohlaví (9:1) napodobuje poměr ženy vs. muži v rámci výskytu onemocnění anorexia nervosa (10:1).

Třemi nejvíce zastoupenými věkovými skupinami v získaných odpovědích jsou lidé 26-35 let s 33,3 %, 35-50 let s 28,3 % a 19-25 let reprezentovány 25,6 % z celku. Z nejmladší věkové skupiny 10-14 let jsem v rámci šetření nezískala žádného odpovídajícího. Z tohoto důvodu, by bylo v případě dalšího šetření, vhodné požádat pedagogy vybraných ZŠ, aby v rámci rodinné či občanské výchovy nechali žáky dotazník vyplnit. To by umožnilo jeho dosah i do mladších věkových kategorií. Prostor pro chyby umožňuje členité věkové rozdělení. Přestože jsem v rámci vytváření dotazníku dávala pozor, aby se jednotlivé kategorie z hlediska věku nepřekrývaly, v rámci dvou z nich se z důvodu překlepu tento aspekt nepodařilo uhlídat. Odpovídající ve věku 35 let tak mohli patřit jak do věkové skupiny 26-35, tak i mezi 35-50-ti leté. Řešením pro příští výzkumy jsou méně členité věkové rozdělení nebo přesného zapsání věku respondenty.

Rozdělení dotazovaných dle nejvyššího dosaženého vzdělání mi umožnilo získat přehled o tom, zda je z tohoto pohledu vzorek respondentů dostatečně validní. Zastoupení v jednotlivých kategoriích se výrazně liší od výsledků posledního průzkumu o úrovni vzdělání obyvatelstva v ČR, v rámci jeho sčítání z roku 2011. (*Český statistický úřad, 2014*) Za svými prezentovanými výsledky, v závorce uvádím pro porovnání údaje z toho průzkumu. Základní: 5,6 % (17,2 %); Středoškolské bez maturity: 15 % (33 %); Středoškolské

s maturitou: 48,3 % (27 %); Vysokoškolské: 31,3 % (12,5 %). Odlišnost získaných dat oproti celkovým výsledkům u populace v České republice může být způsobena několika skutečnostmi. Jednou z nich je stáří průzkumu (2011), kdy není reflektována skutečnost, že absolventů vysokých škol neustále přibývá a zároveň se v něm neodráží zavedení povinných státních maturit na školách, kde dříve maturita nebyla součástí. Dalším problémem může být opět sociální bublina, ve které se jako vysokoškolsky vzdělaný člověk nacházím.

Při výběru PPP z onemocnění bylo prokázáno, že většina odpovídajících (87,8 % AN a 83,3 % BN) považuje anorexii a bulimii za poruchu příjmu potravy. Přesto je možné, že u některých dotazovaných způsobila problém s odpovědí právě přípona nervosa, která se v odborných publikacích zpravidla neuvádí. Pouze 64,4 % respondentů považuje PP za poruchu příjmu potravy, což může reflektovat i fakt, že záchvatovité přejídání bylo zařazeno mezi PPP později. Svou pozornost mezi odborníky si nyní získává díky narůstajícímu počtu pacientů. Zajímavého výsledku mezi dotazovanými dosáhla i obezita. A to zřejmě z důvodu její souvislosti se stravováním. Za PPP ji označilo 30 % respondentů. Porovnáme-li výsledky dospělé populace s adolescenty, zjistíme, že se znalosti o PPP s věkem zlepšují. Dle Cmíralové (2018) až 23 % adolescentů z 212 dotazovaných netuší, co jsou poruchy příjmu potravy.

Více než 90 % dotazovaných potvrdilo svou znalost problematiky PPP z hlediska rozdílného výskytu poruch v rámci pohlaví, když označilo ženy za rizikovější skupinu. Zbýlých necelých 10 % považuje riziko vzniku onemocnění za shodné u obou pohlaví.

Dobrý přehled o rizikové populaci z hlediska věku, ve kterém se PPP vyskytují nejčastěji, prokázalo 82,2 % respondentů. Správně tak označili věk mezi 15-19 lety za ten, který se dlouhodobě drží v popředí z hlediska výskytu PPP. Potvrdit tento trend můžeme i údaji z let 2015 a 2017 (*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016 a 2018*) o ambulantní léčbě a hospitalizaci v rámci PPP. Zde se pohybuje tato věková kategorie v popředí s 37-39 % ambulantně léčených a hospitalizovaných. S nižším procentuálním zastoupením, avšak na přechodných místech, ji nalezneme ve statistikách i v dalších letech.

100 % správné odpovědi 130 respondentů v rámci diplomové práce Packové (2014) potvrzuje přehled odborné veřejnosti o rizikových faktorech PPP z hlediska pohlaví a věku.

Předpoklad č. 1, tedy že více než 50 % odpovídajících se ve svém životě setkala s PPP, ať už na vlastní kůži, či prostřednictvím někoho jiného ve svém okolí, se ukázal jako správný. Dle odpovědí, bylo konfrontováno s některým onemocněním 65 % respondentů. Tuto informaci považují za validní, jelikož bezmála 90 % dokázalo identifikovat AN a BN jako PPP. Osobní zkušenost má s některou z PPP každý šestý respondent, což je dle mého názoru velice vysoké číslo. 33,8 % odpovídajících negovalo setkání se s PPP v jakékoliv formě.

Osmá otázka z dotazníku měla za úkol přiblížit, které z onemocnění se ve vzorku populace vyskytuje nejvíce, a tím potvrdit můj předpoklad č. 2, tedy že nejčastěji uváděnou poruchou bude AN. Dalším cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti zařazují mezi PPP správná onemocnění. Bohužel je validita této otázky snížena možným nepochopením souvislosti některými z respondentů. Z původních 33,8 % odpovídajících, kteří v otázce č. 7 tvrdili, že se s PPP žádným způsobem nesetkali, vyplnilo kolonku „Jiná...“ jen 23,9 % z celku. Což znamená, že v průběhu dotazníku přehodnotilo svou odpověď 10 % respondentů. S jistotou lze ovšem potvrdit, že AN je nejčastěji se vyskytující PPP mezi respondenty s 47 % odpovědí v její prospěch. Předpoklad č. 2 byl tímto potvrzen. Druhou stranou mince jsou necelá 4 % odpovídajících, kteří považují za PPP onemocnění jako reflux, celiakii, obezitu či nechutenství.

Stěžejním tématem teoretické části práce je definování AN a BN jako psychiatricky či geneticky determinovaného onemocnění. Výzkumná otázka č. 3 se zaměřuje na genetické predispozice zmíněných onemocnění, přičemž předpokládám, že tato souvislost neodborné veřejnosti uniká. Za rizikový faktor považuje psychický stav pacienta 86,1 % respondentů, ale pouze 14,4 % z odpovídajících si dává genetiku do souvislosti se vznikem PPP. Ze získaných informací tedy víme, že více než 85 % odpovídajících nepovažuje anorexia nervosa a bulimia nervosa za onemocnění, jejichž výskyt je geneticky podmíněn. Můj předpoklad vycházející z vlastní znalosti problematiky, před prostudováním odborné literatury, se tímto potvrdil. Tuto neznalost mohou způsobovat přetrvávající tabu spojená s PPP, ale také fakt, že v souvislosti s anorexií a bulimií bývají často zdůrazňovány spíše RF sociokulturní, psychologické nebo stresové, což zřejmě do značné míry ovlivnilo náhled neodborné veřejnosti na problematiku. K potvrzení přesného umístění genu odpovědného za anorexiu došlo v rámci multicentrické studie poměrně nedávno. Předpokládám tedy, že se tato informace ještě k neodborné části veřejnosti přes zažité stereotypy nedostala. Zda by nové pojetí PPP pomohlo v jejich destigmatizaci zůstává otázkou.

Přibližně 83 % respondentů považuje za příznak PPP zkreslené vnímání vlastního těla, posedlost hubnutím a vyvolávané zvracení. Méně, přesněji 59,4 % si myslí, že známkou probíhající poruchy může být intenzivní až extrémní cvičení. Třes rukou není považován za příznak PPP, může se však vyskytovat u osob nervózních, unavených, či vystresovaných. Domnívám se, že někteří respondenti si spojili právě tyto stavy s některou z poruch, a proto nesprávnou odpověď označilo 23,9 % dotázaných. Myslím, že na čtvrtou výzkumnou otázku, zda rozpozná běžná populace příznaky AN a BN, nemůžeme jednoznačně odpovědět. Přestože 3 ze 4 správných odpovědí dosahují vysoké procentuální úspěšnosti, je tento pozitivní trend zastíněn zaškrtnutím nesouvisející odpovědi téměř ¼ dotázaných. Hlavními příznaky mentální anorexie a bulimie se ve své diplomové práci zabývala také Packová (2014). Z výsledků její práce vyplývá, že více než 80 % z dotázaných dokázalo správně určit hlavní příznaky AN a BN, což by mohlo potvrdit zmíněné pozitivní tendence z výsledků mého dotazníku.

Téměř 96 % dotázaných dokázalo mezi možnostmi léčby PPP vybrat správnou odpověď, což považuji za skvělý výsledek. V souvislosti s tím, také přibližně 80 % respondentů zodpovědělo dobře otázku týkající se psychiatrie, jako oddělení hospitalizace pacienta v případě nutnosti. Vysoké procentuální zastoupení správných odpovědí u zmíněných otázek považuji za velmi uspokojivé. 86 % respondentů z diplomové práce Packové (2014) potvrzuje tendenci odpovídajících zařazovat PPP mezi psychiatrická onemocnění.

Porovnání zdravotní rizik anorexie a bulimie přineslo mnoho zajímavých zjištění. Hlavním zdravotním rizikem AN je dle respondentů ztráta menstruace (92,2 %). Vzhledem k častému užívání hormonální antikoncepce, je amenorea postupně vyřazována z diagnostických kritérií, přesto si ji téměř všichni odpovídající s AN spojili. Ztrátu menstruace, jako zdravotní riziko, přiřazují také k BN. Přesto ji v tomto případě označilo pouze 60 % odpovídajících. Zřejmě se v těchto názorech odráží fakt, že ztráta menstruace je u BN méně pravděpodobná, přestože je díky kolísání váhy pacientek možná. Velmi vysoké zastoupení odpovědí má u AN také vypadávání vlasů, které označilo 87,2 % respondentů. Na zdravotních rizicích BN se shodují výrazně nižší procenta respondentů. Dehydratace, žaludeční vředy a zvýšená kazivost zubů jsou správné odpovědi, které získali mezi 60 až 67 % označení. Podobné procento odpovídajících (59,4 %) označilo jako rizikové pro BN vypadávání vlasů. Přestože se dle mého názoru nejedná o správnou odpověď,

existují publikace, které označují toto riziko za možné. Další správné odpovědi v případě AN již také nejsou dle odpovídajících tak jednoznačné. Označení dehydratace, anemie a zvýšené kazivosti zubů se pohybuje od 43 do 56 %. Nejčastěji označenými, z mého pohledu nesprávnými odpověďmi, jsou: žaludeční vředy u AN (48,3 %) a anémie u BN (34,3 %). Opět lze namítnout, že někteří odborníci považují za zdravotní riziko AN také vředy, většina se ale neshoduje na stejných závěrech. Značně podhodnocenou správnou odpovědí je v obou případech zácpa a nadýmání (AN 26,1 %; BN 37,2 %). Tři možnosti, které s PPP jasně nesouvisí (zánět horních cest dýchacích, nedoslýchavost a šedý zákal), byly označovány ve většině případů maximálně 2,8 % respondentů. Výjimku tvoří v případě BN zánět horních cest dýchacích s 17,8 %. Je možné, že část dotazovaných si vyvolávané zvracení spojuje s poškozením hltanu, který mohou mylně považovat za součást dýchací soustavy. Tento předpoklad ovšem naráží na vysokoškolské vzdělání 31,3 % respondentů.

Získané odpovědi jsou značně protichůdné. Přesto, dle mého názoru můžeme z výsledků usoudit, že lidé poměrně dobře dokáží určit, zda se jedná o zdravotní riziko PPP, nedokáží ho však přiřadit k jednotlivým poruchám. Dostupné informace napovídají, že široká veřejnost disponuje větší informovaností o AN než o BN. Toto můžeme vztáhnout i k faktu, že přibližně 47 % respondentů potvrzuje, že se v životě setkali, ať už osobně či prostřednictvím blízkých, s AN, oproti 14,4 % v případě BN.

Z výsledků poslední otázky vyplývá, že více než 79 % odpovídajících, přestože o poruchách příjmu potravy má určité povědomí, bez vyhledání přesných informací nedokáže člověka v riziku vzniku PPP, či s již vyvinutou poruchou odkázat na adekvátní pomoc. Toto potvrzuje ve své bakalářské práci i Matějková (2011), kdy pouze 8 % dotazovaných ze 100 dokázalo uvést organizaci zabývající se problematikou PPP. Pozitivem v případě výsledků mého dotazníku zůstává, že přes 80 % odpovídajících správně uvedlo psychiatrii jako nemocniční oddělení určené k hospitalizaci pacientů s některou formou poruchy příjmu potravy. Můžeme tedy předpokládat, že přestože v rámci dotazování nedokázali uvést konkrétní zařízení, odkázala by většina respondentů pacienta s typickými příznaky PPP na psychiatrické oddělení. Napovídá tomu i správně uvedený způsob léčby PPP, kdy téměř 96 % respondentů vybralo „*Odbornou psychiatrickou pomoc, dlouhodobou léčbu s možností hospitalizace*“ jako adekvátní. Odpovědí na výzkumnou otázku č. 5 tedy je, že přestože pouze 21 % respondentů dokáže uvést přesné zařízení, věřím, že většina z nich by si v případě krize dokázala poradit. Oponovat tomu můžeme opět prací Matějkové (2011), kdy se v tomto ohledu považuje za nedostatečně informované více než 47 % dotazovaných. Zda se jedná o subjektivní pocit či pravdivý fakt v práci není potvrzeno.

Výsledky šetření v mé práci, dle mého názoru odrážejí fakt, že informovanost veřejnosti o PPP neustále roste. Přestože jsou nejnovější poznatky stále výsadou lékařů a odborníků (například zařazení záchvatovitého přejídání mezi PPP, nebo potvrzení genetického základu AN), myslím, že celkové znalosti neodborné veřejnosti ohledně poruch příjmu potravy jsou na dobré úrovni. Přestože si uvědomuji, že mé šetření není možné z důvodu jeho rozsahu zobecnit pro celou populaci, považuji ho za zajímavý vhled do dané problematiky.

Závěr

Cíle bakalářské práce, jímž bylo shrnutí problematiky týkající se poruch příjmu potravy, zejména onemocnění anorexia nervosa a bulimia nervosa, a zhodnocení rizikových faktorů v rámci epidemiologie jejich vzniku, se podařilo dosáhnout v rámci teoretické části práce. Validní je v tomto směru zejména kapitola o příčinách PPP. Z informací v ní obsažených a shrnutých vyplývá, že AN a BN jsou současně geneticky i psychiatricky determinovaná onemocnění. Přesto kolem příčin poruch příjmu potravy zůstává mnoho nezodpovězených otázek. Nejasnosti jsou zapříčiněny zejména nedostatkem validních, dostatečně komplexních studií. Věřím, že díky kvalitním výzkumům a rychlému technickému pokroku, bude řešení této problematiky v budoucnu více zpřístupněno nejen odborné, ale i laické veřejnosti.

Ze šetření zaměřeného na informovanost neodborné veřejnosti o PPP vyplynulo, že základní informace o PPP laické veřejnosti nechybí. Problémem se spíše stávají informace nové, získané v období předchozích dvou let, které nejsou veřejnosti uspokojivě předávány. Chaos v rámci rozpoznání jednotlivých příznaků a důsledků anorexie a bulimie přisuzují zejména jejich rozsáhlému ovlivnění celého organismu. Faktem zůstává, že prodlevu mezi vznikem onemocnění a jeho léčbou zřejmě nemůžeme přisuzovat nedostatečným znalostem neodborné veřejnosti, ale spíše stigmatizaci onemocnění a jeho celkovému charakteru.

Dle statistických dat ÚZIS ČR z let 2015-2017 o léčbě poruch příjmů potravy, počet pacientů léčených jak ambulantně (z 3561 na 3731), tak v rámci hospitalizace (z 428 na 454) meziročně narůstá. Otázkou zůstává, co za tímto vývojem stojí. Zdá se, což můžeme usuzovat i ze zkoumaného vzorku populace, že lidé, přestože o těchto onemocněních vědí a uvědomují si jejich nebezpečnost, ignorují jejich počáteční příznaky a spojují si je se slávou, úspěchem a krásou. Z toho můžeme usoudit, že zacílení preventivních programů jen nejen složité, ale často také neúspěšné.

Dle mého názoru nelze problematiku informovanosti o PPP podceňovat. V rámci osvěty je nutné zařadit nejnovější informace, které mohou pomoci k destigmatizaci poruch a jejich lepšímu porozumění nejen pacienty, ale také blízkému okolí. Informovanost o PPP ale není jediným izolovaným problémem. Souvisí s tabuizováním téměř všech psychiatrických poruch, je proto důležité předkládat veřejnosti informace o duševních problémech komplexně a bez předsudků.

Seznam zkratek

AN	anorexia nervosa
BAT	Body Attitude Test
BN	bulimia nervosa
CRT	kognitivní remediace
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EDI	Eating disorder inventory
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
BMI	body mass index
ITP	interpersonální terapie
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NS	nervová soustava
PP	psychogenní přejídání
PPP	poruchy příjmu potravy
RF	rizikové faktory
SCOFF	sick, control, one fat, food
BES	Binge Eating Scale
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam použité literatury

AED Report. Eating Disorders: A Guide to Medical Care [online], 2016. [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: <https://www.aedweb.org/resources/online-library/publications/medical-care-standards>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2020. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM–5). In: American Psychiatric Association [online]. Washington DC [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

BULIK, Cynthia M. et al., 2006. Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. Archives of General Psychiatry [online]. 63(3) [cit. 2020-04-15]. DOI: 10.1001/archpsyc.63.3.305. ISSN 0003-990X. Dostupné z: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.63.3.305>

CIRMANOVÁ, Veronika, 2017. Pomůže léčbě poruch příjmu potravy reforma psychiatrie? Medical Tribune. Praha: Medical Tribune CZ, 13(14), B7. ISSN 1214-8911.

CMÍRALOVÁ, Rebeka, 2019. Povědomí adolescentů o poruchách příjmu potravy [online]. Praha [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/106079/130248162.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1.LF a VFN v Praze. Vedoucí práce Eva Meisnerová.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2014. Úroveň vzdělání obyvatelstva ČR podle výsledků sčítání lidu v roce 2011. In: Český statistický úřad [online]. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20536250/17023214a03.pdf/80a3d112-1f5b-4708-b0de-b2c364a0065a?version=1.1>

DUNCAN, Laramie et al., 2017. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. American Journal of Psychiatry [online]. 174(9), 850-858 [cit. 2020-04-15]. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.16121402. ISSN 0002-953X. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2017.16121402>

Eating Disorder Inventory, 2019. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation [cit. 2020-04-21]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Eating_Disorder_Inventory

FRANKO, Debra L a Ruth H STRIEGEL-MOORE, 2002. The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls. Journal of Psychosomatic Research [online]. 53(5), 975-983 [cit. 2020-04-20]. DOI: 10.1016/S0022-3999(02)00490-7. ISSN 00223999. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399902004907>

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry [online]. Praha: Grada [cit. 2020-04-14]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1868-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/nutricni-podpora-1485/>

Healthy and Free [online], c2015. E-clinic – Institut pro studium, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy a komorbidních poruch, z. ú. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php>

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-802-4629-988.

HUDSON, James I. et al., 2007. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry [online]. 61(3), 348-358 [cit. 2020-04-15]. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040. ISSN 00063223. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322306004744>

KASPER, Heinrich a Walter BURGHARDT, 2015. Výživa v medicíně a dietetika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

KOHOUT, Pavel, Zdeněk RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ, 2010. Vybrané kapitoly z klinické výživy. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-08-2.

KRCH, František David, 2004. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. Psychiatria pre prax [online]. Bratislava: Solen, 8(1), 15-17 [cit. 2020-04-15]. ISSN 1339-4258. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=756&magazine_id=2

KRCH, František David, 2005. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David, 2007. Poruchy příjmu potravy. Medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 4(10), 420-422 [cit. 2020-04-15]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>

KRCH, František David, 2008. Bulimie: Jak bojovat s přejídáním. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2130-0.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 80-717-8700-0.

MARÁDOVÁ, Eva, 2007. Poruchy příjmu potravy [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí [cit. 2020-04-15]. ISBN 978-80-86991-09-2. Dostupné z: http://www.kapezet.cz/admin/data/articleFiles/74/soubor_8798423.pdf

MATĚJKOVÁ, Veronika, 2011. Informovanost o poruchách příjmu potravy na sociálních sítích [online]. Brno [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/fm25z/Informovanost_o_poruchach_prijmu_potravy_na_socialnich_sitich.pdf. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Petr Kachlík.

Mezinárodní klasifikace nemocí: O klasifikaci, 2019. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#o-klasifikaci>

MORGAN, J. F, F. REID a J H. LACEY, 1999. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ [online]. 319(7223), 1467-1468 [cit. 2020-04-17]. DOI: 10.1136/bmj.319.7223.1467. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.319.7223.1467>

PACKOVÁ, Zdeňka, 2012. Postoje veřejnosti k problematice poruch příjmu potravy [online]. Zlín [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/27939>. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Katedra pedagogiky. Vedoucí práce Alena Plšková.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2018. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání – novější požadavky a směry klinické a výzkumné práce. Postgraduální medicína: Psychiatrie. Praha: Mladá fronta, 20(6), 586-592. ISSN 1212-4184.

PAPEŽOVÁ, Hana, 2018. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4904-7.

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2009–2015, 2016. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2016_07_poruchy_prijmu_potravy_2009az2015.pdf

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2010–2016, 2017. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2017_06_poruchy_prijmu_potravy_2010az2016.pdf

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017, 2018. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf

Poruchy příjmu potravy, 2018. In: WikiSkripta [online]. [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Poruchy_př%C3%ADjmu_potravy

PRAŠKO, Ján a Marie OCISKOVÁ, 2015. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch [online]. Praha: Grada [cit. 2020-04-14]. ISBN 978-80-247-9906-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/stigmatizace-a-sebestigmatizace-u-psychickych-poruch-1185/>

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. Psychiatrie. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4619-859.

STEINHAUSEN, Hans-Christoph et al., 2015. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. International Journal of Eating Disorders [online]. 48(1), 1-8 [cit. 2020-04-15]. DOI: 10.1002/eat.22293. ISSN 02763478. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22293>

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2016. Table 21, DSM-IV to DSM-5 Binge Eating Disorder Comparison. In: National Center for Biotechnology Information [online]. Rockville (MD) [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t17/?report=objectonly>

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2016. Table 20, DSM-IV to DSM-5 Bulimia Nervosa Comparison. In: National Center for Biotechnology Information [online]. Rockville (MD) [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t16/?report=objectonly>

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2016. Table 19, DSM-IV to DSM-5 Anorexia Nervosa Comparison. In: National Center for Biotechnology Information [online]. Rockville (MD) [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t15/?report=objectonly>

SUCHARDA, Petr a Lukáš ZLATOHLÁVEK, 2015. Základy klinické medicíny. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3091-5.

SVAČINA, Štěpán, 2008. Klinická dietologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.

Světová zdravotnická organizace schválila jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, 2010. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace-schvalila-jedenactou-revizi-mezinarodni-klasifik_17669_3970_1.html

Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59): Poruchy příjmu potravy, 2018. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

VOKURKA, Martin, 2018. Patofyziologie pro nelékařské směry. 4., upravené vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3563-7.

WATSON, H. J. a C. M. BULIK, 2013. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine* [online]. 43(12), 2477-2500 [cit. 2020-04-15]. DOI: 10.1017/S0033291712002620. ISSN 0033-2917. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291712002620/type/journal_article

ZLATOHLÁVEK, Lukáš, 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. ISBN 978-80-88129-03-5.

Seznam grafů

Graf 1: Určení PPP z možností	38
Graf 2: Konfrontace veřejnosti s PPP	39
Graf 3: Konkretizace PPP	40
Graf 4: Rizikové faktory PPP.....	41
Graf 5: Zdravotní rizika anorexie	42
Graf 6: Zdravotní rizika bulimie	43

Seznam tabulek

Tabulka 1: Porovnání klinického obrazu a průběhu AN a BN (Krch 2007, s. 421)	15
Tabulka 2: SCOFF dotazník (Poruchy příjmu potravy, 2018)	17
Tabulka 3: Zdravotní rizika AN a BN v rámci dotazníku	36
Tabulka 4: Zdravotní rizika anorexie	42
Tabulka 5: Zdravotní rizika bulimie	43

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník: Povědomí široké veřejnosti o poruchách příjmu potravy

Přílohy

Příloha 1: Dotazník: Povědomí široké veřejnosti o poruchách příjmu potravy

Povědomí široké veřejnosti o poruchách příjmu potravy

Povědomí široké veřejnosti o poruchách příjmu potravy

Jmenuji se Markéta Barešová a jsem studentkou nutriční terapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Má bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy a jejich případnou genetickou či psychologickou determinací. Vyplněním tohoto dotazníku mi významně pomůžete v mé práci, proto Vám velice děkuji za ochotu a čas který jste svým odpovědím věnovali.

1. Pohlaví:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ Žena
☐ Muž

2. Věk:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ 10 - 14 let
☐ 15 - 18 let
☐ 19 - 25 let
☐ 26 - 35 let
☐ 35 - 50 let
☐ 50 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ Základní škola
☐ Středoškolské bez maturity
☐ Středoškolské s maturitou
☐ Vysokoškolské

4. Vyberte poruchy příjmu potravy z následujících onemocnění:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Anorexia nervosa
- ☐ Obezita
- ☐ Bulimia nervosa
- ☐ Ateroskleróza
- ☐ Celiakie
- ☐ Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (záchvatovité přejídání)

5. Poruchy příjmu potravy se častěji vyskytují u:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ Mužů
- ☐ Žen
- ☐ Obě pohlaví jsou postižena shodně

6. V jakém věku se poruchy příjmu potravy vyskytují nejčastěji?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ 10-14 let
- ☐ 15 - 19 let
- ☐ 20 - 24 let
- ☐ 25 - 29 let
- ☐ 30 - 34 let

7. Setkal/a jste se s poruchou příjmu potravy?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Ano, setkal/a osobně
- ☐ Ano, trpěl jí některý rodinný příslušník
- ☐ Ano, kamarád/spolužák se s ní potýkal
- ☐ Ne, nesetkal/a
- ☐ Jiná odpověď

8. O jakou poruchu se jednalo

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Anorexia nervosa
- ☐ Bulimia nervosa
- ☐ Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (záchvatovité přejídání)
- ☐ Jiná...

9. Příčiny poruch příjmu potravy jsou multifaktoriální, vyberte rizikové faktory onemocnění:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Genetické
- ☐ Psychologické
- ☐ Stresové
- ☐ Sociokulturní

10. Vyberte možné příznaky poruchy příjmu potravy:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Zkreslené vnímání vlastního těla
- ☐ Posedlost hubnutím
- ☐ Třes rukou
- ☐ Intenzivní až extrémní cvičení
- ☐ Vyvolávané zvracení

11. Jakým způsobem léčíme poruchy příjmu potravy?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ Odborná psychiatrická pomoc, dlouhodobá léčba s možností hospitalizace
- ☐ Svépomocí, stačí si uvědomit problém
- ☐ Jednorázová konzultace s dietologem nebo jiným odborníkem v oblasti výživy

12. Na jakém oddělení bývají pacienti s poruchou příjmu potravy většinou hospitalizováni?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ ORL
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Gastroenterologie
- ☐ Dietologie

13. Jaká jsou zdravotní rizika anorexie?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Ztráta menstruace
- ☐ Vypadávání vlasů
- ☐ Anemie
- ☐ Zánět horních cest dýchacích
- ☐ Zácpa a nadýmání
- ☐ Nedoslýchavost
- ☐ Dehydratace
- ☐ Žaludeční vředy
- ☐ Šedý zákal
- ☐ Zvýšená kazivost zubů

14. Jaká jsou zdravotní rizika bulimie?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Ztráta menstruace
- ☐ Vypadávání vlasů
- ☐ Anemie
- ☐ Zánět horních cest dýchacích
- ☐ Zácpa a nadýmání
- ☐ Nedoslýchavost
- ☐ Dehydratace
- ☐ Žaludeční vředy
- ☐ Šedý zákal
- ☐ Zvýšená kazivost zubů

15. Znáte některé poradenské centrum zabývající se poruchami příjmu potravy?

Protokol o úplnosti náležitostí bakalářské práce

Titul, jméno, příjmení: Bc. Markéta Barešová

Název práce: Bulimie a anorexie, psychiatrická záležitost, nebo genetická determinace?

Vedoucí práce: Ing. Jaroslav Hubáček, CSc., DSc.

Prohlašuji, že jsem odevzdal (a) vysokoškolskou kvalifikační práci v souladu s:

Opatřením rektora č. 6/2010 (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3470.html>)

Opatřením rektora č. 8/2011 (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3735.html>)

Opatřením děkana č. 10/2010 (dostupné z http://www.lf1.cuni.cz/file/21321/opad10_10.pdf)

Zároveň prohlašuji, že jsem do Studijního informačního systému vložil (a) plný **text vysokoškolské kvalifikační práce** včetně všech povinných souborů podle typu práce:

- abstrakt ČJ
- abstrakt AJ

Při vkládání textu práce a všech souborů jsem postupoval (a) podle návodu dostupného z http://www.lf1.cuni.cz/file/25838/navod_vkladani_prace.pdf.

Nahrané soubory jsem následně zkontroloval (a).

Odpovídám za správnost a úplnost elektronické verze práce a všech dalších vložených elektronických souborů.

1 exemplář práce svázaný v pevné plátěné vazbě + CD ROM s e-verzí práce v příloze obsahuje všechny povinné náležitosti:

Příloha č. 1 – Titulní strana, Prohlášení diplomanta, Identifikační záznam, abstrakt v ČJ a AJ
- http://www.lf1.cuni.cz/file/21323/opad10_10_pril1.pdf

Příloha č. 6 – prohlášení zájemce o nahlédnutí
http://www.lf1.cuni.cz/file/21329/opad10_10_pril6.pdf

Datum:

Podpis studenta

Kontrolu úplnosti náležitostí provedla osoba pověřená garantem:

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]